

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Qualidade da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão e ou
Diabetes na Unidade Básica de Saúde Walfredo Gurgel, município de Caicó/RN**

Dagoberto Gonzalez Martinez

Pelota

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Co Orientador: Cristiane Diniz Félix

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

M385m Martínez, Dagoberto González

Melhoria da Qualidade da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão e ou Diabetes na Unidade Básica de Saúde Walfredo Gurgel, Município de Caicó/RN / Dagoberto González Martínez; Cristiane Diniz Félix, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

109 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Félix, Cristiane Diniz, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A meus pais, por sua constância e presença espiritual, família toda e a meus filhos tesouro apreciado e insuperável que desde longe guiam e alimentam com amor tudo o que faço.

Agradecimentos

A Deus, por sua presença e empenho cada dia;

A toda minha equipe de saúde por seu apoio;

As orientadoras Ana Paula Belini e Cristiane Diniz Felix por sua consagração e profissionalismo no jeito de orientar;

Aos meus colegas do curso, por sua constância no estudo e reflexão;

A todos aqueles que fizeram possível a realização deste projeto dedicando um pedacinho de seu tempo para me ajudar,

Obrigado!

Resumo

MARTINEZ, Dagoberto Gonzalez. **Melhoria da Qualidade da Atenção a Hipertensão Arterial e ou Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde de Caicó/RN.** Ano. 2015, 111f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM), doenças crônicas não transmissíveis, são importantes fatores de risco as doenças cardiovasculares. Os fatores de risco para estas doenças estão relacionados com o estilo de vida, sendo os mais importantes o sedentarismo, tabagismo, obesidade e alcoolismo. A intervenção sobre estes fatores de risco pode resultar a redução da morbidade e mortalidade por esta causa. Desta forma, o principal objetivo desta intervenção foi Melhorar a Qualidade da Atenção a Hipertensão Arterial e ou Diabetes Mellitus na Unidade de Saúde Caicó/RN. Para guiar o cuidado foi adotado o protocolo do Ministério da Saúde Atenção a Hipertensão e Diabetes do Ministério da Saúde, Brasil, 2013. Para a coleta de dados foram utilizadas ficha espelho específica, bem como planilhas eletrônicas. A intervenção teve a duração de três meses com início em 11 de maio e término em 11 de agosto de 2015. Vale ressaltar que a Unidade de saúde possui uma população de 261 hipertensos e 74 diabéticos. Desta forma foi possível obter os seguintes resultados ao longo desta intervenção. Foi possível monitorar a situação de saúde de 261 hipertensos (100%) e 74 diabéticos (100%) cadastrados, bem como avaliar o risco em 100% deles. A ampliação da cobertura de hipertensos e diabéticos foi uma das principais conquistas alcançadas com a nossa intervenção. Também tivemos melhoria na qualificação dos atendimentos com a realização de exames clínicos completos, a estratificação do risco para todos os pacientes cadastrados, receberam orientações nutricionais para hábitos saudáveis e prática de atividade física, orientações ao tabagismo e orientações de saúde bucal. Na organização dos registros, e do serviço definimos cada ação a realizar o que viabilizou a otimização da agenda para demanda espontânea, evitando insatisfações da população e maior resolutividade. Realizado a sensibilização da comunidade, bem como os familiares sobre a importância da equipe estar desenvolvendo este trabalho de priorização no cuidado para hipertensos e diabéticos, através dos grupos de educação em saúde na comunidade. Capacitado todos os profissionais da equipe como base o protocolo de Saúde do Hipertenso e Diabético do Ministério da Saúde. Considero esta intervenção mais um passo, uma conquista que além de ter alcançado os resultados esperados constituiu a base para a realização de estudos em outros programas prioritários o que fortalecerá cada dia mais a rede de atenção básica como a base do SUS.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1		65
	Fotografia 1 Capacitação dos profissionais da equipe.	
Figura 2	Fotografia Capacitação sobre acolhimento	66
Figura 3	Fotografia Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde	68
Figura 4	Fotografia Grupos de Educação em Saúde	69
Figura 5	Fotografia Visita Domiciliar	71
Figura 6	Gráfico 1 - Proporção de hipertensos cadastrados no programa da UBS Walfredo Gurgel Município Caicó/Rio Grande do Norte.	76
Figura 7	Gráfico 2 - Proporção de diabéticos cadastrados no programa da UBS Walfredo Gurgel Município Caicó/Rio Grande do Norte.	77
Figura 8	Gráfico 3- Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Walfredo Gurgel do Município Caicó/Rio Grande do Norte.	78
Figura 9	Gráfico 4 - Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Walfredo Gurgel do Município Caicó/Rio Grande do Norte.	79
Figura 10	Gráfico 5 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Walfredo Gurgel do Município Caicó/Rio Grande do Norte	80
Figura 11	Gráfico 6 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Walfredo Gurgel do Município Caicó/Rio Grande do Norte	81
Figura 12	Gráfico 7 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Walfredo Gurgel do Município Caicó/Rio Grande do Norte	82
Figura 13	Gráfico 8 - Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Walfredo Gurgel do Município Caicó/Rio Grande do Norte	83

Figura 16	Gráfico 11: Proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca na UBS Walfredo Gurgel do Município Caicó/Rio Grande do Norte.	84
Figura 17	Gráfico 12: Proporção de diabéticos faltosos as consultas com busca na UBS Walfredo Gurgel do Município Caicó/Rio Grande do Norte.	87
Figura 18	Gráfico 13: Proporção de hipertensos que receberam orientação os riscos do tabagismo na UBS Walfredo Gurgel do Município Caicó/Rio Grande do Norte.	91
Figura 19	Gráfico 14 - Proporção de hipertensos cadastrados no programa da UBS Walfredo Gurgel Município Caicó/Rio Grande do Norte.	98
Figura 20	Gráfico 15- Proporção de diabéticos cadastrados no programa da UBS Walfredo Gurgel Município Caicó/Rio Grande do Norte.	99

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEREST	Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador
CRIS	Centro Regional Integrado de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DSTS	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IRA	Infeção Respiratória Aguda
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMM	Programa Mais Médicos
RAS	Relatório de Análise Situacional
RN	Rio Grande do Norte
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UNICAT	Farmácia Unidade Central de Agentes Terapêuticos

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	20
2 Análise Estratégica	21
2.1 Justificativa	21
2.2 Objetivos e metas	23
2.2.1 Objetivo geral	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas	23
2.3 Metodologia	25
2.3.1 Detalhamento das ações	26
2.3.2 Indicadores	52
2.3.3 Logística	58
2.3.4 Cronograma	61
3 Relatório da Intervenção	62
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	62
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	70
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	70
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	71
4 Avaliação da intervenção	72
4.1 Resultados	72
4.2 Discussão	91
5 Relatório da intervenção para gestores	94
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	98
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	100
Referências	101
Anexos	103

Apresentação

O volume trata da qualificação da atenção à pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na Unidade Básica de Saúde (UBS) Caicó/RN e está organizado em sete capítulos, o Trabalho de Conclusão de Curso exigido como requisito para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família UNASUS UFPeL, teve início das atividades em julho de 2014 e término em setembro de 2015, a intervenção foi realizada em três meses, de 11 de maio de 2015 à 11 de agosto de 2015.

Ele está estruturado em 7 capítulos, sendo eles, Análise Situacional, onde descreve a situação da Estratégia de Saúde da Família, funcionamento, profissionais que fazem parte da equipe, população adscrita. Análise Estratégica – Projeto de Intervenção que contempla a justificativa, objetivos e metas, metodologia e o detalhamento das ações nos quatro eixos principais: (monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica), indicadores, logística e cronograma de intervenção. Relatório da Intervenção contempla as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores, análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra. Avaliação da Intervenção contempla os resultados e a discussão. O relatório para o gestor e relatório para a comunidade, finalizando com a reflexão Crítica sobre o processo pessoal de aprendizado.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Sou Dagoberto Gonzalez Martinez, médico cubano, da cidade de Moron, Província Ciego de Ávila. Tenho 48 anos de idade, graduado em medicina desde o ano 1994. Faço parte do Programa Mais Médicos para o Brasil, o que representa um grande orgulho e uma grande responsabilidade para mim. Estou morando no estado Rio Grande do Norte, município de Caicó, e trabalhando na Unidade Básica De Saúde Walfredo Gurgel, cuja área de atuação abrange o Bairro de mesmo nome.

A equipe de profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) está constituída por dois médicos, uma gerente, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem, onze agentes comunitários de saúde (ACS), uma dentista, uma técnica de saúde bucal e dois auxiliares de serviços gerais. A unidade é dotada de dois consultórios médicos, consultório da enfermagem, um consultório odontológico, recepção, a sala de espera, sala de triagem, farmácia, sala de curativos e nebulização, sala de vacinas, sala de coordenação, sala de esterilização e expurgo adaptada, copa e banheiros.

Durante a jornada de trabalho são realizados atendimentos voltados à saúde mental, à população do HIPERDIA, pré-natal, puericultura, acolhimento da demanda espontânea e as visitas domiciliares. Quanto às doenças crônicas não transmissíveis mais frequentes na área adstrita estão: hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças do sistema osteomuscular, neurose depressiva e ansiosa. Os atendimentos por doenças infecciosas são geralmente devidos às doenças respiratórias de causa viral e bacteriana. Também são frequentes as verminoses, vaginoses e as infecções do trato urinário. Não temos pacientes com diagnóstico de tuberculose, hanseníase, ou infestados pelo HIV. Um fator de risco que afeta muito a população é a obesidade

infantil. Considero também que temos um número significativo de adolescentes sexualmente ativos, sobretudo do sexo feminino, o que favorece à alta incidência de vaginoses e gravidez na adolescência. A população atendida pela equipe tem em sua maioria, um baixo nível escolar, social e econômico, sendo em sua quase totalidade, usuários do sistema único de saúde (SUS).

Acredito ser de muita importância para esta população à prescrição métodos contraceptivos e a continuidade do trabalho na prevenção de doenças e na educação em saúde, como meios mais eficientes e valiosos na luta por conservar e melhorar a qualidade de vida do povo brasileiro, melhorando os parâmetros em saúde como a mortalidade infantil e materna. Além disso, o diagnóstico oportuno e o tratamento adequado dos usuários estão aliados para conseguir as metas desejadas na Unidade Básica de Saúde (UBS) Walfredo Gurgel.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Trabalho no município de Caicó, localizado na microrregião do Seridó no estado Rio Grande do Norte (RN). De acordo com o censo/2010 (IBGE) a população do município é de 62.709 habitantes. A área territorial é de 1.228.574 km², estando a 256 km² da capital do estado, Natal.

O sistema de saúde no município compreende o serviço de atenção primária com 20 ESF, sendo 17 equipes da zona urbana e três da zona rural, todas com profissional médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários, tendo ainda 19 equipes de saúde bucal, e um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) tipo I. A atenção secundária compreende o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) com duas viaturas, sendo uma unidade de suporte básico (USB) e uma Unidade de Suporte Avançado (USA), o serviço de saúde mental que conta com um Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III), um CAPS Álcool e Drogas e uma residência terapêutica. Conta-se ainda com serviço de atenção especializada em DST/AIDS (SAE), e uma policlínica particular com atendimento de especialidades médicas que prestam serviço ao município através de contratos. O sistema de apoio envolve um laboratório municipal de análises clínicas, um laboratório estadual para realização de sorologias. A assistência terciária conta com dois hospitais, sendo um

de gestão estadual, que presta serviços de urgência e emergência pelo SUS e conta com unidade de terapia intensiva (UTI), clínica médica e cirúrgica. Ainda assim este hospital não tem estrutura para atender casos graves, sendo estes encaminhados aos hospitais de referência localizados na capital do estado. O outro hospital é filantrópico e presta assistência materno-infantil de risco habitual. É um hospital privado e presta serviço pelo SUS.

A UBS tem vínculo com instituições de ensino, e neste momento há duas acadêmicas de enfermagem fazendo estágio na unidade. A estrutura física da ESF é pequena para a quantidade de pessoas que frequentam diariamente o serviço. A sala de espera é pequena, o que ocasiona agrupamento de pessoas em pequenos espaços gerando muito barulho. Há uma sala de procedimentos básicos, três consultórios clínicos, dois consultórios odontológicos, sendo um desses ocupado pela dentista do bairro vizinho, uma vez que a unidade em que ela está lotada não possui espaço para atendimento odontológico. Temos uma farmácia (que também é utilizada como arquivo), uma sala de vacina, uma sala de curativos, uma sala de esterilização (inadequada porque é um local adaptado, pequeno para cumprir esta função, lembrando que a UBS antigamente era uma casa na qual faz muitos anos foi doada para que a prefeitura estruturasse como UBS), uma cozinha e uma sala para agendamento de exames e gerência da unidade. Não há expurgo, nem almoxarifado, possui um banheiro para funcionários, dois para o público masculino e feminino, um no consultório de enfermagem onde é realizado os preventivos e um que é utilizado para armazenar alguns materiais de limpeza da unidade. Infelizmente a solução seria uma ampliação da unidade, uma vez que a mesma já é organizada atualmente da melhor forma possível. Como na UBS não tem uma estrutura moderna capaz de cumprir com os estatutos regulamentares do Ministério de Saúde foi feito na entrada uma rampa para permitir no acesso dos deficientes com ajuda de outras pessoas.

Na UBS são desenvolvidas atividades de territorialização e mapeamento da área de atuação com identificação de grupos, indivíduos e famílias expostas a riscos, assim como grupos de agravos. Nesta atividade participam a maioria dos profissionais. Realizamos cuidados em saúde à população no domicílio, nas escolas e associações de bairro, mas temos outros locais já identificados, mas que ainda não são aproveitados para este fim, neste caso temos igrejas, indústrias cujos trabalhadores estão expostos a riscos por uso de produtos químicos ou contanto com materiais indutores de doenças respiratórias crônicas, por exemplo.

Os ACS realizam busca ativa de pacientes faltosos, mas o restante da equipe pode cooperar nesta ação, utilizando também os próprios usuários e os líderes comunitários que procuram nossos serviços para transmitir aos resistentes a necessidade do acompanhamento regular. As atividades de cuidado domiciliar são desenvolvidas por todos os membros da equipe, sendo realizadas consultas, curativos, educação em saúde, vacinação, entre outras atividades. A equipe orienta nas visitas, consultas e palestras quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia, e possíveis alternativas para obter este acesso. A comunicação oportuna com os ACS favorece a coleta de informações sobre os usuários por parte do serviço de saúde. A equipe tem uma boa relação com o gestor e com o conselho de saúde o qual facilita muitas das atividades feitas na UBS relacionadas com a população, principalmente atividades educativas, de promoção em saúde, também servem como mecanismo mediador entre organizações políticas do município e na mesma secretaria. Um exemplo desta relação, quando precisamos encaminhar um paciente para um serviço fora do município, necessita ser agendado rapidamente, o gestor participa nos ajudando agilizar, tendo um papel fundamental neste processo.

Os encaminhamentos dos usuários ao serviço secundário e terciário são feitos respeitando fluxos de referência e os protocolos de atuação, mas temos dificuldades com as contra referências o que atrapalha o acompanhamento e seguimento dos casos pela atenção primária. Uma vez, mas o papel do gestor passa a ser parte da equipe e em sua inter-relação fica na busca de alternativas para resolver da forma, mas rápida possível os problemas da comunidade.

A ESF Walfredo Gurgel trabalha para o fortalecimento do controle social, mas este é um aspecto em que ainda tem muito por fazer, envolvendo representantes sociais, gestores e a comunidade nas discussões e planejamentos para resolver as deficiências detectadas. Também é importante aproveitar as reuniões de equipe para realização de discussões de casos e de situações vivenciadas na atuação diária, para a partir dessas reflexões tomar decisões que favoreçam a resolutividade do serviço, que estas reuniões pela programação fazemos uma vez por mês, mas temos em diferentes espaços intercâmbio de experiências e conversas que servem de orientações de temas abertos para toda equipe.

É importante destacar o quanto seria proveitoso receber capacitações com a participação de todos da equipe, o que facilitaria a identificação e condução de

urgências, emergências e outros tipos de atendimentos. O município nestes momentos não tem capacitações programadas como acontecia faz alguns meses atrás para agentes de saúde, sendo assim, por iniciativa deles a cada dois meses de forma voluntária criaram monitores para desenvolver distintos temas de atualização e um dia não específico dependendo dos horários do trabalho encontra-se onde intercambiam ideias, escolhem um tema relacionado com suas atividades que desenvolvem, esclarecem as dúvidas e assim mantem atualizado seu trabalho dia/dia. Mas posso dizer que por iniciativa própria é uma ação que ganha muito em conhecimento e profissionalismo porque só com no intercâmbio de ideias entre as distintas equipes de saúde de outras UBS já faz mudanças que podem servir como estudo de outros projetos em outras doenças que afetem da população.

Com o aumento do conhecimento sobre nossos processos de trabalho estaremos fazendo mudanças e contribuindo para a que a população disfrute de uma atenção primária que cumpra com seus objetivos e contribua com uma qualidade de vida melhor para toda a população.

A população adstrita pela ESF é de 5.000 pessoas, com 2.356 homens e 2.644 mulheres, distribuídos da seguinte forma: 73 crianças menores de um ano, destas 35 homens e 38 mulheres; 146 pessoas de 1 a 5 anos, sendo 81 homens e 65 mulheres; 868 pessoas de 5 a 14 anos, destas 401 homens e 467 mulheres; 3.371 pessoas de 15 a 59 anos sendo, 1.588 homens e 1.783 mulheres; e 542 pessoas com mais de 60 anos, sendo 251 homens e 273 mulheres.

Damos início comentando que as consultas de horário estendido a noite foram criadas com o objetivo de dar cobertura a todos os pacientes necessitados que por uma causa ou outra não podiam assistir a consultas de horário normal de dia principalmente trabalhadores e que muitos deles pertencem a este grupo de usuários com hipertensão e diabetes desta forma contribuindo a coletar dados que as agentes de saúde não registram nos domicílios nem nas consultas regulares. Também neste espaço é ótimo para pesquisar usuários com fatores de riscos capazes de desencadear doenças como estas ou outras secundárias neste grupo.

A equipe desenvolve ações de pré-natal às segundas-feiras pela manhã e à tarde demanda espontânea com a particularidade que também inclui consultas de puericultura até os 13 anos e as urgências que não contam como consultas agendadas, nas terças-feiras realiza-se puericultura das crianças de 0 a 24 meses a tarde demanda espontânea, nas quartas-feiras atendimento a usuários de

psicotrópicos e à saúde da mulher e a noite para o trabalhadores demanda espontânea e grupos agendados, nas quintas-feiras pela manhã é realizado acompanhamento das pessoas com hipertensão e diabetes, visita domiciliar no período da tarde, e atendimento à demanda espontânea sexta feira pela manhã e urgências. Para o desenvolvimento dessas ações, os profissionais seguem as recomendações do Ministério da Saúde, mas não há protocolos municipais para nortear o atendimento.

O atendimento à demanda espontânea ocorre mediante a liberação de fichas para atendimento nos dias estabelecidos diariamente seguem a demanda de pacientes e casos que as agentes de saúde solicitem uma avaliação de rotina e nas urgências também as fichas são liberadas como método de coleta de dados. Quando falamos de perfil dos pacientes estamos referindo-nos a doenças ou grupos que fazem acompanhamento na USF como as DTS, Doenças Respiratórias Agudas, Epilepsia, A Paralisia Cerebral Infantil, Hiperlipidêmias, etc.

O agendamento prévio de consultas em função da procura espontânea dos usuários com problemas agudos não foi possível, pois gerava muito atrito e desconforto na relação equipe/usuário. Há alguns meses atrás na UBS não existiam agendamentos planejados para grupos específicos, e a população era atendida apenas por demanda espontânea de acordo com a ordem de chegada. Com a minha chegada à unidade foi reorganizado o trabalho com planejamento de atendimentos e ações de saúde por grupos de doenças, como hipertensão e diabetes, saúde mental, atenção ao crescimento e desenvolvimento da criança, atenção pré-natal entre outras, com a finalidade de mudar pouco a pouco a medicina curativa existente até aquele momento, para uma atenção integral em que a promoção da saúde e prevenção de doenças seja pilares fundamentais. O nível de aceitação da população é uma preocupação da equipe que tenta trabalhar de forma conjunta para este fim. Deixamos espaços na agenda para o atendimento da demanda espontânea. Mas esta alteração na rotina, assim como toda mudança, repercutiu sobre cada indivíduo cuja resposta nem sempre foi positiva, criando dúvidas e incompreensões por parte dos usuários. Mas o acolhimento realizado por toda a equipe tem tido papel primordial na organização do trabalho. Tem contribuído para a redução dos conflitos o fato de cada integrante da equipe ofertar o acolhimento de qualidade diariamente, no menor tempo possível, tendo presente à classificação do risco biológico e da vulnerabilidade social

que apresenta cada pessoa. E se houver urgências, essas são atendidas independentes da agenda dos profissionais.

No acompanhamento pré-natal, as consultas são realizadas de forma intercalada entre médico e enfermeira segue o protocolo do Ministério de Saúde, e o atendimento odontológico ocorre mediante queixas, que também tem um protocolo de agendamento e controle mensal para os grupos de riscos, consultas de puericultura e as gestantes. Os registros são realizados no prontuário e no cartão da gestante. A unidade dispõe de sonar, fita métrica, balança antropométrica e gesto grama para as consultas. Após o parto, a enfermeira realiza junto ao agente comunitário de saúde, a visita puerperal. Atualmente temos 28 gestantes residentes na área e acompanhadas na UBS, uma cobertura de 37% das 75 gestantes estimadas para a área. Das acompanhadas, 22 iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre (79%); 26 estão com consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde (93%), receberam a solicitação na primeira consulta dos exames laboratoriais preconizados, estão com vacina antitetânica e contra hepatite B em dia de conforme o protocolo, receberam prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo, e receberam orientação para aleitamento exclusivo; 8 gestantes receberam avaliação de saúde bucal (29%); e não há registro de quantas foram submetidas a exame ginecológico.

Quanto ao puerpério, nos últimos 12 meses foram realizados 73 consultas de puerpério, 100% do que é estimado para a área. Mas não há informações a respeito de quantas consultaram antes dos 42 dias de pós-parto, receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, sobre aleitamento materno exclusivo, e sobre planejamento familiar, de quantas tiveram as mamas e o abdome examinados, de quantas foram submetidas a exame ginecológico e a avaliação do estado psíquico ou quanto a intercorrências.

O serviço de puericultura na ESF é voltado para as crianças de 0 a 24 meses. O agendamento para as crianças até 72 meses pode ser realizado a pedidos dos cuidadores, no entanto, percebe-se adesão apenas das mães com filhos até os 24 meses. Um fator que contribui para esse fato é que no município, os agentes comunitários de saúde realizam o acompanhamento das crianças apenas até os 24 meses, sendo este um fator que insidia no descontrole dos dados, até organizar as consultas como está estabelecido pelo ministério estabelecer no acompanhamento por meses 12, 18 até 24 meses, depois de 6 em 6 meses até 5 anos e completar a puericultura até 13 anos uma vez por ano. A unidade dispõe de balança, antropômetro

e fita métrica para as consultas. Disponibiliza também sulfato ferroso para suplementação de ferro. Os registros das consultas são feitos no prontuário de cada usuário. Atualmente há 57 crianças menores de um ano residentes na área e acompanhadas na UBS, uma cobertura de 78% das 73 crianças nesta faixa etária estimadas para a área. Das acompanhadas, não há registro de quantas tiveram a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, mas 26 estão com consultas em dia (46%), 31 estão com atraso da consulta agendada em mais de sete dias (54%), 8 receberam avaliação de saúde bucal (14%), 26 tiveram monitorado o crescimento e o desenvolvimento na última consulta (46%), 39 fizeram o teste do pezinho até sete dias de vida (68%) e foram submetidos a triagem auditiva, 57 estão com vacinas em dia (100%), e 26 cuidadores receberam orientação para aleitamento materno exclusivo e para prevenção de acidentes (46%).

Em relação à prevenção de câncer do colo do útero e de mama, a enfermeira coleta material para cito patológicos seguido de exame clínico das mamas, durante dois dias na semana. E quando os resultados são alterados, agenda-se consulta médica. Há um livro de registro de controle dos exames coletados e também é feito registro no prontuário. Os indicadores de qualidade para a prevenção do câncer de colo de útero ainda estão distantes do esperado por um sistema organizado e de qualidade. As deficiências acontecem pela falta de controle da equipe sobre este programa. Atualmente há 1.147 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero, uma cobertura de 91% das 1.259 mulheres nesta faixa etária estimadas para área. Das acompanhadas, 294 estão com o exame cito patológico para câncer de colo de útero em dia (26%), e não há registro de quantas estão com este exame em atraso ou quantas tiveram avaliado o risco para câncer de colo de útero, 20 estão com o exame cito patológico para câncer de colo de útero alterado (2%), 249 dos exames coletados apresentaram amostras satisfatórias (22%), mas nenhum exame coletado apresentou células representativas da junção escamo colunar, 344 receberam orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero e sobre doenças sexualmente transmissíveis (30%). Os exames alterados são enviados pelo laboratório à UBS imediatamente com posterior acompanhamento da usuária de forma imediata pelos serviços de referência. Mas provavelmente há mulheres com exames alterados sem o seguimento adequado, por terem as coletas e análise realizada pela via participar.

Quanto ao programa de rastreamento do câncer de mama, fez referência só porque foram dados da enfermeira, o relevante deste programa é que as mulheres só procuram uma consulta com uma indicação para uma Mamografia ou Ultrassom de Mama, mostram a enfermeira para o médico encaminhar para o Mastologista. É um programa que por sua importância na prevenção à população tem que ter primeiramente ações educativas que ajudem a mudar e entender que na prevenção inicia pelo no autoexame de mama até os 30 anos e depois exame de mama feito por um profissional médico e que os exames radioativos devem ser feitos sim se for necessário de acordo com os protocolos do ministério da saúde. Quando objetivamos fazer estas mudanças podemos ter um estudo com coleta de dados como no caso deste e outros projetos e assim trabalhar melhor na prevenção e controle das mulheres de risco. Portanto não temos os dados referentes a esta área programática.

Para fazer um bom acompanhamento a hipertensos e diabéticos é realizado o atendimento individual de forma intercalada entre médico e enfermeira. A adesão desses usuários é bem satisfatória, os registros das consultas são realizados no prontuário de forma detalhada. Pelo grande número de usuários é difícil estabelecer outra forma de registro já que este é o maior grupo de trabalho. De forma programática a equipe realiza atividades para garantir informações sobre a necessidade de eliminar os fatores de risco para estas doenças normalmente relacionadas com o estilo de vida. A intervenção sobre estes fatores de risco pode resultar na redução da morbidade e mortalidade por esta causa. Quanto à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), há 261 hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS, 25% dos 1.038 nesta condição estimados para a área. Destes 25%, 259 foram submetidos a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, estão com exames complementares periódicos em dia, receberam orientação sobre prática de atividade física regular e alimentação saudável, 259 estão com avaliação de saúde bucal em dia e 259 estão com atraso da consulta agendada em mais de sete dias. Quanto ao diabetes mellitus (DM), há 74 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS, 25% de cobertura dos estimados para a área. Destes acompanhados, 74 estão com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico e com exames complementares periódicos em dia (100%), 74 foram submetidos a exame físico dos pés e a avaliação da sensibilidade dos pés nos últimos três meses (100%), 74 receberam orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável (100%), 74 estão com atraso da

consulta agendada em mais de sete dias 74, todos estão com avaliação de saúde bucal em dia e não há registro de quantos foram submetidos a palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos três meses.

Em relação ao acompanhamento dos idosos da área adstrita, a atenção para eles é executada junto com o grupo HIPERDIA, pois a maioria é portador de HAS e/ou DM. Atualmente há 502 idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS, uma cobertura de 93% dos 542 estimados para a área. Destes, não há registro de quantos possuem a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, mas 502 estão com avaliação de risco para morbimortalidade, tiveram investigados os indicadores de fragilização na velhice, e receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e para atividade física regular (100%), 332 estão com acompanhamento em dia (66%), 97 foram submetidos a realização de Avaliação Multidimensional Rápida (19%), 138 estão com avaliação de saúde bucal em dia (27%), 446 são portadores de hipertensão arterial sistêmica (89%) e 188 são portadores de diabetes mellitus (37%). É importante definir um responsável para o monitoramento e controle das atividades com relação aos idosos, o que elevaria a organização e qualidade dos atendimentos a idosos. Também é necessário pautar o trabalho nos protocolos de atendimento, e na organização de um arquivo específico para os registros deste grupo. Além disso, a ausência da caderneta de saúde da pessoa idosa, que é uma ferramenta de identificação de situações de riscos potenciais para a saúde da pessoa idosa tem que ser uma aliada do nosso trabalho. Também é importante levar as atividades em grupo para além do âmbito da UBS, aproveitando outros espaços, assim como estabelecer uma periodicidade para as reuniões dos profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos idosos.

Como principais dificuldades e limitações temos o desconhecimento da população sobre a importância de evitar fatores de risco e complicações, além das dificuldades na realização de exames laboratoriais de média complexidade e com os encaminhamentos para especialistas cujos agendamentos são demorados. Também temos uma baixa cobertura de medicamentos de uso contínuo na farmácia popular e em ocasiões a insuficiência de insumos para determinados procedimentos que podem ser feitos na atenção básica. Mas temos aspectos que viabilizam a realização da intervenção como uma estrutura física adaptável, uma equipe completa com estrito cumprimento do horário de trabalho, a rotina de trabalho baseada em agendamentos.

Contamos com vários espaços em nossa área de abrangência como escolas, igrejas, ginásio, onde podem ser realizadas atividades educativas coletivas e sempre contando com o apoio da população para as mudanças.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

A realização desta tarefa melhorou muito meu conhecimento sobre a UBS onde estou inserido, suas condições e o funcionamento do trabalho, e considero muito valioso o trabalho feito até agora, pois vai garantir a melhora na qualidade dos serviços e no nível de saúde da população. No geral, após a análise situacional verificou-se que havia algumas limitações em relação à estrutura física, melhor uso dos recursos humanos disponíveis que não havia observado no texto inicial. Pude conhecer os protocolos de normas para funcionamento das UBS, verificar facilidades e limitações encontradas e a organização do trabalho, onde a população é bem assistida, o atendimento aos grupos está sendo realizado de forma organizada e sistemática, deixando espaço para atendimento da demanda espontânea e das urgências, procurando não haver exclusão.

A educação em saúde tem sido trabalhada de forma individual durante o atendimento. Infelizmente, pela grande demanda da população por atendimentos individuais, não há espaço suficiente para dedicação a atividades educativas em grupo. Os maiores desafios do serviço são aumentar a cobertura de atendimento de pacientes diabéticos e hipertensos, aumentar o número e qualidade de atividades com grupos da população. A cobertura do programa de atenção a HAS e DM não é uma das maiores da UBS, por isso, e pelos fatores de riscos que estão presente na população e em decorrência das complicações que podem apresentar-se escolhemos como área programática de intervenção.

Além disso, a constituição do conselho de saúde local e melhora das condições estruturais, de equipamentos e de recursos da UBS também são fundamentais. Será importante mudar a mentalidade da população com relação a muitos aspetos do processo saúde-doença. O maior recurso com o qual a equipe conta, é o apoio das instituições municipais de saúde.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são doenças crônicas não transmissíveis frequentes em países industrializados, em desenvolvimento, em grandes cidades e em pequenas comunidades. São responsáveis por muitas internações, incapacidades e mortes no mundo e no Brasil. A área de abrangência em que atuo não escapa a esta realidade, tendo um grande número de usuários que sofrem destas doenças, e que mesmo tendo conhecimento, não fazem um controle adequado destas patologias. São doenças que têm como características o fato de serem permanentes, incapacidades, causadas por alteração patológica não reversível, e com múltiplos fatores de risco em comum, e demandam um longo período de tempo de supervisão, observação e cuidados. Os fatores de risco para estas doenças estão relacionados com o estilo de vida tanto no sexo feminino como o sexo masculino, sendo os mais importantes o sedentarismo, tabagismo, obesidade e alcoolismo. A intervenção sobre estes fatores de risco pode resultar na redução da morbidade e mortalidade por esta causa. Por esta razão sua prevenção exige intervenções que vão além dos serviços de saúde, mas estes desempenham um papel fundamental, sendo a atenção primária a porta de entrada para a prevenção, diagnóstico precoce, tratamento oportuno, classificação do risco e tratamento de incapacidades naqueles que sofreram complicações (RODRIGUEZ, MONTERO, ACOSTA. et al, 2005).

A Unidade Básica de Saúde na qual atuo localiza-se na zona urbana de Caicó tem uma equipe de saúde da família composta por médico vinculado ao Programa Mais Médicos para o Brasil, enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, uma auxiliar

de enfermagem, 11 agentes comunitários de saúde, uma dentista e uma auxiliar de saúde bucal, havendo ainda neste momento duas acadêmicas de enfermagem fazendo estágio na unidade. A estrutura física é pequena para a quantidade de pessoas que frequentam diariamente a unidade. A sala de espera é pequena. Há uma sala de preparo, também utilizada como sala de nebulização, três consultórios clínicos, dois consultórios odontológicos, sendo um desses ocupado pela dentista do bairro vizinho. Temos uma farmácia que também é utilizada como arquivo, uma sala de vacina, uma sala de curativos, uma sala de esterilização, uma cozinha e uma sala para agendamento de exames e gerência da unidade. Não há expurgo, nem almoxarifado, um banheiro é utilizado para armazenar alguns materiais de limpeza da unidade, um banheiro para os funcionários, um banheiro na sala de enfermagem para exames citopatológicos e dois banheiros para usuários. A área adstrita pela ESF conta com uma população total de aproximadamente 5000 habitantes, sendo 2.644 mulheres e 2.356 homens. Também prestamos atendimento a uma população de um bairro mais distante de 400 pessoas, que se encontra fora da área de abrangência da unidade, mas que tem médico apenas um dia do mês.

Em relação à HAS, provavelmente existe um importante subdiagnóstico, já que equipe tem conhecimento de 25% ($n = 261$) dos 1038 estimados para a área. Estes pacientes comparecem a consultas agendadas regularmente, mas existem casos de usuários com atraso em suas consultas e alguns faltosos, que estão sendo recuperados pelos agentes comunitários de saúde. Quanto à DM, estima-se para a área 296 portadores da doença, sendo acompanhados pela ESF 25% ($n = 74$) dos estimados. Em relação à qualidade da atenção a este público, na unidade os atendimentos a este grupo populacional acontecem de forma agendada, além de serem acolhidos e atendidos em demanda espontânea quando necessário. Também são realizados atendimentos no domicílio àqueles que por apresentar incapacidades ou limitações não possam comparecer a unidade. A consulta realizada é baseada na busca ativa de fatores de risco, na realização de exame físico completo, na avaliação do tratamento de base ou na indicação dele, na indicação de exames ou avaliação destes e quando necessário, no encaminhamento para especialistas.

Existem aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados para contribuir para maior controle destas doenças, que envolvem intensificar as ações de incentivo à alimentação saudável, ao controle do peso, à prática de exercícios físicos, orientações sobre malefícios dos hábitos tóxicos. A equipe encontra-se no momento

de organizar, planejar e executar ações imediatas para educar a população e trabalhar sobre os pacientes com fatores de risco, e assim modificar aos poucos estilos de vida que nestes momentos são desfavoráveis. Com a realização da intervenção sobre esta ação programática, com o aumento dos conhecimentos sobre a importância do controle destas doenças e o benefício de um bom acompanhamento, aumentaremos os indicadores que com estas se relacionam. Esta intervenção será fundamental para melhorar a situação da atenção à saúde no âmbito da unidade e ampliará o acesso a informações pela população, permitirá o trabalho sob os fatores de risco, a elevação da cobertura de atenção à pacientes hipertensos e diabéticos, tendo um acompanhamento contínuo destes, favorecendo o controle de suas doenças, melhorando sua qualidade de vida e evitando ao máximo as complicações, incapacidades e mortalidade por estas causas. Envolvendo a equipe e a população, gestão alcançaremos resultados satisfatórios que favorecerão a saúde da população. É importante destacar que o foco da intervenção escolhido pela equipe tem muita importância na área de abrangência porque apesar de ter melhores indicadores que outras ações programáticas, a HAS e DM abarcam um grupo de maior risco da população, mais vulnerável por serem em maioria idosos e carentes em muitos casos de apoio familiar. A equipe decidiu que apesar dos indicadores de cobertura e qualidade estarem em níveis aceitáveis, estes devem ser melhorados.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhoria da Atenção à Saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes na Unidade de Saúde de Caicó/RN.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

Meta 1.2 Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos pacientes Hipertensos.

Meta 2.3 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos pacientes Diabéticos.

Meta 2.4 Garantir a 100% dos Hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5 Garantir a 100% dos Diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos Hipertensos cadastrados na área de atuação.

Meta 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos Diabéticos cadastrados na área de atuação.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Metas:

3.1 Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

3.2 Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear o risco dos hipertensos e diabéticos para doença cardiovascular.

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos Hipertensos cadastrados.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos Hipertensos cadastrados.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos Hipertensos.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos Diabéticos.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes Hipertensos.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes Diabéticos.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes Hipertensos.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes Diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Walfredo Gurgel, no Município de Caicó localizado no Rio Grande do Norte. Participarão da intervenção 261 portadores de Hipertensão Arterial e 74 portadores de Diabetes Mellitus maiores de 20 anos.

A atenção à pessoa com HAS e/ou DM foi o foco da intervenção escolhido pela equipe da UBS Walfredo Gurgel, sendo planejadas ações a serem realizadas em quatro eixos norteadores: organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e organização do serviço, adequadas à realidade da UBS de forma a alcançar os objetivos e metas propostos. Este processo foi auxiliado pela planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações (Anexo E) disponibilizada pela UFPel.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1 Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Detalhamento: Será realizado um acompanhamento atento do número de hipertensos cadastrados através da revisão das fichas espelho.

Organização e gestão do serviço

- Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS.
- Garantir material adequado para a aferição da pressão arterial na unidade de saúde.

Detalhamento: Ao iniciar a intervenção a equipe organizará um arquivo com as fichas espelhos dos hipertensos. Cada Agente Comunitário de Saúde (ACS) buscará em sua micro área os pacientes hipertensos, verificando se estão todos cadastrados na Unidade Básica de Saúde. Ao procurar a UBS estes usuários serão acolhidos por qualquer membro da equipe, que orientará o dia específico de consulta do programa hiperdia, porém ofertando atendimento imediato em caso de descompensação da doença ou problema agudo de saúde. Nas visitas domiciliares feitas por toda a equipe também auxiliarão no acolhimento destes usuários. O gerente da unidade será responsável por solicitar à gestão os insumos necessários para a aferição da pressão arterial.

Engajamento público

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos anualmente.

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: realizaremos a divulgação do programa por meio de murais, no acolhimento dos usuários, nas visitas domiciliares e consultas realizadas pelos profissionais da equipe. Os ACS durante as visitas diárias informarão à população sobre a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos. Também serão dispostos cartazes pela UBS. A informação também será repassada pelos profissionais durante as consultas na unidade, e aproveitaremos espaços dentro e fora da unidade para realizar palestras e rodas de conversas sobre estes temas.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: o médico e a enfermeira aproveitarão as reuniões da equipe para capacitar os ACS sobre o cadastramento dos hipertensos. O médico e a enfermeira farão uma capacitação inicial à toda a equipe sobre a técnica de verificação da pressão arterial. Estas capacitações serão realizadas semanalmente, com duração de uma hora.

Meta 1.2 Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Detalhamento: Será realizado um acompanhamento atento do número de diabéticos cadastrados através da revisão das fichas espelho.

Organização e gestão do serviço

- Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de Diabetes Mellitus.

- Garantir material adequado para o hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: Ao iniciar a intervenção a equipe organizará um arquivo com as fichas espelhos dos diabéticos. Cada ACS buscará em sua micro área os pacientes diabéticos, verificando se estão todos cadastrados na Unidade Básica de Saúde. Ao procurar a UBS estes usuários serão acolhidos por qualquer membro da equipe, que orientará o dia específico de consulta do programa hiperdia, porém ofertando atendimento imediato em caso de descompensação da doença ou problema agudo de saúde. Nas visitas domiciliares feitas por toda a equipe também auxiliarão no acolhimento destes usuários. O gerente da unidade será responsável por solicitar à gestão os insumos necessários para o hemoglicoteste.

Engajamento público

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: realizaremos a divulgação do programa por meio de murais, no acolhimento dos usuários, nas visitas domiciliares e consultas realizadas pelos profissionais da equipe. Os ACS durante as visitas diárias informarão à população sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Também serão dispostos cartazes pela UBS. A informação também será repassada pelos profissionais durante as consultas na unidade, e aproveitaremos espaços dentro e fora da unidade para realizar palestras e rodas de conversas sobre estes temas.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: o médico e a enfermeira aproveitarão as reuniões da equipe para capacitar os ACS sobre o cadastramento dos hipertensos. O médico e a enfermeira farão uma capacitação inicial à toda a equipe sobre o rastreamento do DM através do hemoglicoteste. Estas capacitações serão realizadas semanalmente, com duração de uma hora.

2º Objetivo – Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos.

Detalhamento: O médico monitorará a realização de um exame clínico apropriado através da revisão das fichas espelho.

Organização e gestão do serviço

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Estabelecer a periodicidade para a atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: nas reuniões de equipe serão definidas as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos. Estas capacitações serão iniciadas na primeira semana da intervenção e serão mantidas semanalmente, com duração média de uma hora, sob condução do médico e da enfermeira. A gerente da unidade será responsável por conseguir junto com o gestor a impressão do protocolo de referência para o programa.

Engajamento público

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: serão realizadas rodas de conversas nas visitas domiciliares, em palestras e dinâmicas grupais abordando os riscos da HAS e a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: O médico aproveitará as reuniões de equipe para fazer capacitações sobre a realização de exame clínico apropriado.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado nos pacientes diabéticos.

Detalhamento: O médico monitorará a realização de um exame clínico apropriado através da revisão das fichas espelho.

Organização e gestão do serviço

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabéticos.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: nas reuniões de equipe serão definidas as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabéticos. Estas capacitações serão iniciadas na primeira semana da intervenção e serão mantidas semanalmente, com duração média de uma hora, sob condução do médico e da enfermeira. A gerente da unidade será responsável por conseguir junto com o gestor a impressão do protocolo de referência para o programa.

Engajamento público

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: serão realizadas rodas de conversas nas visitas domiciliares, em palestras e dinâmicas grupais abordando os riscos da DM e a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: O médico aproveitará as reuniões de equipe para fazer capacitações sobre a realização de exame clínico apropriado.

Meta 2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: As técnicas em enfermagem serão as responsáveis de monitorar semanalmente o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada pelo protocolo.

Organização e gestão do serviço

- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: o médico e a enfermeira em cada consulta garantirão a solicitação de exames complementares a este grupo de pacientes. O gerente da UBS discutirá com o gestor municipal para garantir a realização de exames complementares definidos no protocolo. Serão registrados alertas nas fichas espelho sobre o atraso nos exames.

Engajamento público

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Estas orientações serão repassadas em palestras, rodas de conversas, consultas e visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: a enfermeira será a responsável por esta capacitação e utilizará as reuniões da equipe para isso.

Meta 2.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: As técnicas em enfermagem serão as responsáveis de monitorar semanalmente o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada pelo protocolo.

Organização e gestão do serviço

- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: o médico e a enfermeira em cada consulta garantirão a solicitação de exames complementares a este grupo de pacientes. O gerente da UBS discutirá com o gestor municipal para garantir a realização de exames complementares definidos no protocolo. Serão registrados alertas nas fichas espelho sobre o atraso nos exames.

Engajamento público

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Estas orientações serão repassadas em palestras, rodas de conversas, consultas e visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: a enfermeira será a responsável por esta capacitação e utilizará as reuniões da equipe para isso.

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: a técnica de enfermagem encargada pela dispensação das medicações será quem monitorará o acesso aos medicamentos.

Organização e gestão do serviço

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: a técnica de enfermagem encargada pela dispensação de medicações será a responsável pelo controle semanal de estoque, e informará à gerente da UBS o caso de falta de alguma medicação.

Engajamento público

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: a equipe fará estas orientações nas visitas, consultas e palestras. A técnica de enfermagem durante a dispensação das medicações orientará os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos e possíveis alternativas para obter este acesso.

Qualificação da prática clínica

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
- Orientar e capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: A atualização dos profissionais sobre o tratamento da hipertensão será feita pelo médico nas reuniões da equipe, segundo os protocolos de atendimento do Ministério de Saúde. Nestes momentos a equipe também será capacitada para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: a técnica de enfermagem encargada pela dispensação das medicações será quem monitorará o acesso aos medicamentos.

Organização e gestão do serviço

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: a técnica de enfermagem encargada pela dispensação de medicações será a responsável pelo controle semanal de estoque, e informará à gerente da UBS o caso de falta de alguma medicação.

Engajamento público

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: a equipe fará estas orientações nas visitas, consultas e palestras. A técnica de enfermagem durante a dispensação das medicações orientará os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos e possíveis alternativas para obter este acesso.

Qualificação da prática clínica

- Realizar atualização do profissional no tratamento do diabetes.
- Orientar e capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: A atualização dos profissionais sobre o tratamento da diabetes será feita pelo médico nas reuniões da equipe, segundo os protocolos de atendimento do Ministério de Saúde. Nestes momentos a equipe também será capacitada para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Meta 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: a técnica em saúde bucal monitorará os hipertensos que necessitem de atendimento odontológico.

Organização e gestão do serviço

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos;
- Organizar a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: a técnica em saúde bucal organizará a agenda do odontologista para que este faça a avaliação da necessidade de tratamento odontológico e o tratamento dos hipertensos que tiverem esta necessidade.

Engajamento público

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos.

Detalhamento: a equipe através de palestras, visitas e informações gráficas, orientará a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal e especialmente neste grupo de pacientes.

Qualificação da prática clínica

- Orientar e capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamento: a odontóloga capacitará a equipe em cada reunião sobre a necessidade de atendimento odontológico deste grupo de pacientes.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: a técnica em saúde bucal monitorará os diabéticos que necessitem de atendimento odontológico.

Organização e gestão do serviço

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos;

- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: a técnica em saúde bucal organizará a agenda do odontologista para que este faça a avaliação da necessidade de tratamento odontológico e o tratamento dos diabéticos que tiverem esta necessidade

Engajamento público

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: a equipe através de palestras, visitas e informações gráficas, orientará a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal e especialmente neste grupo de pacientes.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamento: a odontóloga capacitará a equipe em cada reunião sobre a necessidade de atendimento odontológico deste grupo de pacientes.

Objetivo 3 Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1 Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas de pacientes hipertensos previstas no protocolo.

Detalhamento: as técnicas de enfermagem serão as responsáveis de monitorar semanalmente o cumprimento das consultas previstas no protocolo.

Organização e gestão do serviço

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: semanalmente será realizado o levantamento dos faltosos e organizará as visitas domiciliares pelas ACS para a busca ativa destes. A técnica de enfermagem será a responsável por organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Engajamento público

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: os profissionais da equipe realizarão palestras fora e dentro da unidade falando sobre a importância de realização das consultas. Serão realizadas

trocas de informações com a comunidade, apoiando-nos em líderes informais que auxiliem na organização de estratégias que evitem a evasão destes pacientes. As visitas domiciliares, consultas e os quadros de informações sobre a periodicidade para a realização das consultas também ajudarão nesta tarefa.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: nas reuniões da equipe o médico e a enfermeira treinarão os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a necessidade de realizar consultas e sua periodicidade.

Meta 3.2 Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: as técnicas de enfermagem serão as responsáveis de monitorar semanalmente o cumprimento das consultas previstas no protocolo.

Organização e gestão do serviço

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: semanalmente será realizado o levantamento dos faltosos e organizará as visitas domiciliares pelas ACS para a busca ativa destes. A técnica de enfermagem será a responsável por organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Engajamento público

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

- Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: os profissionais da equipe realizarão palestras fora e dentro da unidade falando sobre a importância de realização das consultas. Serão realizadas trocas de informações com a comunidade, apoiando-nos em líderes informais que auxiliem na organização de estratégias que evitem a evasão destes pacientes. As visitas domiciliares, consultas e os quadros de informações sobre a periodicidade para a realização das consultas também ajudarão nesta tarefa.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: nas reuniões da equipe o médico e a enfermeira treinarão os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a necessidade de realizar consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar a qualidade dos registros dos hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: a técnica de enfermagem monitorará semanalmente os registros dos hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde

Organização e gestão do serviço

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Criar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: a enfermeira atualizará mensalmente o livro de

acompanhamento e toda a documentação necessária para manter as informações do SIAB atualizadas. Para implantar registro específico de acompanhamento, serão utilizadas as fichas espelho e a planilha de coleta de dados. Na primeira reunião da equipe após o início da intervenção, vamos pactuar como será organizado o registro das informações. A enfermeira será a responsável pelo monitoramento dos registros. Além disso, depois de discutir as opiniões da equipe e do gerente da unidade vamos organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença a partir da verificação das fichas espelho.

Engajamento público

- Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: aproveitaremos as consultas e as visitas domiciliares para orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via se necessário.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: nas reuniões faremos treinamento da equipe para o preenchimento adequado de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: a técnica de enfermagem monitorará semanalmente os registros dos hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Organização e gestão do serviço

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: a enfermeira atualizará mensalmente o livro de acompanhamento e toda a documentação necessária para manter as informações do SIAB atualizadas. Para implantar registro específico de acompanhamento, serão utilizadas as fichas espelho e a planilha de coleta de dados. Na primeira reunião da equipe após o início da intervenção, vamos pactuar como será organizado o registro das informações. A enfermeira será a responsável pelo monitoramento dos registros. Além disso, depois de discutir as opiniões da equipe e do gerente da unidade vamos organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença a partir da verificação das fichas espelho.

Engajamento público

- Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: aproveitaremos as consultas e as visitas domiciliares para orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via se necessário.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: nas reuniões faremos treinamento da equipe para o preenchimento adequado de todos os registros necessários ao acompanhamento dos diabéticos.

Objetivo 5 Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar o número de pacientes hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: o médico e a enfermeira serão os responsáveis por monitorar o número de pacientes hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Organização e gestão do serviço

- Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco, organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: os pacientes avaliados como de alto risco terão prioridade nas consultas e na realização dos exames. Ao agendar as consultas dos pacientes hipertensos, os profissionais da equipe darão prioridade aos de alto risco.

Engajamento público

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

- Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: em cada consulta programada os profissionais da equipe vão orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular. Também serão utilizados quadros de informações, visitas domiciliares, para esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

Qualificação da prática clínica

- Orientar e capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Orientar e capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Orientar e capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: serão realizadas capacitações periodicamente pelo médico e a enfermeira, para capacitar a equipe quanto a estratificação de risco, assim como sobre o controle de fatores de risco modificáveis.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar o número de pacientes diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: o médico e a enfermeira serão os responsáveis por monitorar o número de pacientes diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Organização e gestão do serviço

- Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: os pacientes avaliados como de alto risco terão prioridade nas consultas e na realização dos exames. Ao agendar as consultas dos pacientes diabéticos, os profissionais da equipe darão prioridade aos de alto risco.

Engajamento público

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

- Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: em cada consulta programada os profissionais da equipe vão orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular. Também serão utilizados quadros de informações, visitas domiciliares, para esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação do pés.

- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: serão realizadas capacitações periodicamente pelo médico e a enfermeira, para capacitar a equipe quanto a estratificação de risco, assim como sobre o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Detalhamento: o médico vai monitorar semanalmente a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos mediante as informações oferecidas pela equipe sobre as atividades realizadas neste sentido.

Organização e gestão do serviço

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: serão realizadas palestras e outras atividades planejadas com a comunidade, utilizando espaços como igrejas, escolas, indústrias para oferecer práticas coletivas sobre alimentação saudável. Trabalharemos em parceria com o NASF, envolvendo seu nutricionista nesta atividade.

Engajamento público

- Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: serão utilizadas propagandas, murais na UBS, e nas consultas e visitas domiciliares aproveitaremos o momento para orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Qualificação da prática clínica

- Orientar e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Orientar e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: nas reuniões da equipe o médico e a enfermeira capacitarão a equipe sobre práticas de alimentação saudável e metodologias de educação em

saúde.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

Detalhamento: o médico vai monitorar semanalmente a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos mediante as informações oferecidas pela equipe sobre as atividades realizadas neste sentido.

Organização e gestão do serviço

Detalhamento: serão realizadas palestras e outras atividades planejadas com a comunidade, utilizando espaços como igrejas, escolas, indústrias para oferecer práticas coletivas sobre alimentação saudável. Trabalharemos em parceria com o NASF, envolvendo seu nutricionista nesta atividade.

Engajamento público

- Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: serão utilizadas propagandas, murais na UBS, e nas consultas e visitas domiciliares aproveitaremos o momento para orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: nas reuniões da equipe o médico e a enfermeira capacitarão a equipe sobre práticas de alimentação saudável e metodologias de educação em saúde.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.

Detalhamento: as técnicas de enfermagem vão monitorar semanalmente a realização para atividade física regular aos hipertensos mediante as informações oferecidas pela equipe sobre as atividades realizadas.

Organização e gestão do serviço

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: a equipe organizará palestras, rodas de conversa e utilizará as visitas domiciliares para realizar práticas coletivas para orientação de atividade física. Trabalharemos em parceria com o NASF, envolvendo o educador físico nesta atividade.

Engajamento público

- Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: durante as visitas domiciliares e as palestras a equipe irá orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: conjuntamente com o educador físico do NASF, o médico e a enfermeira organizarão uma capacitação para toda a equipe, sobre a promoção da prática de atividade física regular, e os profissionais serão capacitados sobre

metodologias de educação em saúde.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.

Detalhamento: as técnicas de enfermagem vão monitorar semanalmente a realização para atividade física regular aos diabéticos mediante as informações oferecidas pela equipe sobre as atividades realizadas.

Organização e gestão do serviço

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: a equipe organizará palestras, rodas de conversa e utilizará as visitas domiciliares para realizar práticas coletivas para orientação de atividade física. Trabalharemos em parceria com o NASF, envolvendo o educador físico nesta atividade.

Engajamento público

- Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: durante as visitas domiciliares e as palestras a equipe irá orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: conjuntamente com o educador físico do NASF, o médico e a enfermeira organizarão uma capacitação para toda a equipe, sobre a promoção da

prática de atividade física regular, e os profissionais serão capacitados sobre metodologias de educação em saúde.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Detalhamento: a enfermeira vai monitorar semanalmente a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos mediante as informações oferecidas pela equipe sobre as atividades realizadas neste sentido.

Organização e gestão do serviço

- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: a gerente será a responsável por fazer esta negociação com o gestor.

Engajamento público

- Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: utilizaremos as consultas programadas, as visitas domiciliares e as atividades educativas organizadas pela UBS para orientar a os pacientes hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: na reunião o médico capacitará a equipe para a abordagem dos tabagistas.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

Detalhamento: a enfermeira vai monitorar semanalmente a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos mediante as informações oferecidas pela equipe sobre as atividades realizadas neste sentido.

Organização e gestão do serviço

- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: a gerente será a responsável por fazer esta negociação com o gestor.

Engajamento público

- Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: utilizaremos as consultas programadas, as visitas domiciliares e as atividades educativas organizadas pela UBS para orientar a os pacientes diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: na reunião o médico capacitará a equipe para a abordagem dos tabagistas.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.

Detalhamento: a técnica em saúde bucal irá monitorar semanalmente a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos cadastrados pela UBS.

Organização e gestão do serviço

- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: organizaremos o tempo médio de consultas com um mínimo de 15 min com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Engajamento público

- Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: em cada consulta e visita domiciliar será repassada orientação aos hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: a odontóloga preparará uma capacitação para a equipe sobre orientações de higiene bucal.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

Detalhamento: a técnica em saúde bucal irá monitorar semanalmente a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos cadastrados pela UBS.

Organização e gestão do serviço

- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: organizaremos o tempo médio de consultas com um mínimo de 15 min com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Engajamento público

- Orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: em cada consulta e visita domiciliar será repassada orientação aos hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: a odontóloga preparará uma capacitação para a equipe sobre orientações de higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3: Melhorar a adesão aos hipertensos e diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5 Mapear o risco dos hipertensos e diabéticos para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Utilizaremos como referência para a intervenção os manuais de Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos do Ministério da Saúde, instituído pelos Cadernos de Atenção Básica n. 37 e 36, ambos com edição em 2013. Cópias impressas desse manual deverão ser disponibilizadas pelo gestor municipal, após solicitação da gerente da unidade. Será realizada a capacitação da equipe segundo as recomendações dos protocolos de referência. Serão abordados temas diversos no intuito de melhorar o acolhimento através da escuta qualificada, garantindo a adesão da população alvo às ações que serão ofertadas. Os ACS serão capacitados para o acolhimento e cadastramento dos hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade, com atenção aos que não fazem acompanhamento em nenhum serviço de saúde, sobre periodicidade recomendada para as consultas do público alvo; assim como a importância da busca ativa dos faltosos. Todos os profissionais serão capacitados sobre a Política Nacional de Humanização, sobre metodologias de educação em saúde e sobre a promoção da prática de cuidados com a saúde bucal, preenchimento e atualização dos registros. A equipe de saúde será capacitada sobre a técnica adequada de aferição da pressão arterial e da glicemia capilar, principais sinais e sintomas das duas doenças, tratamento farmacológico e não farmacológico, o correto exame clínico dos pacientes alvo, incluindo o exame bucal. Os profissionais responsáveis pelos atendimentos individuais serão capacitados sobre a solicitação dos exames complementares e estratificação do risco cardiovascular. A capacitação ficará sob responsabilidade da enfermeira, com a participação de outros membros, numa construção contínua dos processos de trabalho. O profissional dentista será o responsável pelas capacitações sobre os temas referentes à saúde bucal. Estas acontecerão nas primeiras duas semanas da intervenção.

É necessário que os registros referentes a esta população sejam fidedignos e organizados de forma a facilitar o acompanhamento das ações a serem realizadas. Para isso, criaremos um espaço físico com estantes apropriadas para armazenar tais formulários, facilitando assim o acesso à informação. Implantaremos a ficha de acompanhamento (espelho) fornecida pelo curso e pactuaremos com a equipe o

registro das informações, ficando sob a responsabilidade da enfermeira o monitoramento das atualizações. Organizaremos um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, atraso na realização de exame complementar e a não realização de estratificação de risco, entre outras ações pactuadas. Iremos monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os hipertensos e diabéticos e se possível encaminhar para o nutricionista e para a equipe multiprofissional, bem como o número de hipertensos e diabéticos com obesidade ou desnutrição. Os sistemas de alerta serão implantados com anotações específicas nas fichas espelho individuais, sendo responsabilidade do profissional que fizer o último atendimento, a verificação das ações a serem realizadas e atualização das informações destas fichas. Manteremos as informações do SIAB atualizadas.

O cadastramento dos hipertensos e diabéticos no programa será realizado pelo ACS, à medida em que os acolhimentos e as visitas domiciliares forem feitos. Serão solicitados ao gestor instrumentos necessários para as diversas ações integrando a equipe para que cada um dentro de suas especificidades contribua para desenvolver a atividade. Serão realizados exames clínicos nos hipertensos e diabéticos, com busca ativa aos que estiverem em atraso. Para tanto as agendas serão organizadas de modo a acolher os hipertensos e diabéticos provenientes destas buscas, ficando sob responsabilidade da enfermeira o planejamento das ações. A realização dos exames complementares definidos pelo protocolo será garantida através de pactuação junto gestor municipal, para garantir a agilidade necessária. Todos os hipertensos e diabéticos cadastrados serão avaliados e receberão tratamento odontológico buscando abrir espaço na agenda do odontólogo para atendimento da população alvo. Com pactuação junto ao NASF, abriremos agenda de atendimento individual aos hipertensos e diabéticos a cada seis meses para avaliação e orientações nutricionais sistemáticas. Organizaremos a agenda para realizar visitas domiciliares aos hipertensos e diabéticos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa. Facilitaremos o agendamento e a visita domiciliar aos hipertensos e diabéticos com rede social deficiente. Será priorizado o atendimento os hipertensos e diabéticos de maior risco de morbimortalidade. Priorizaremos também o atendimento dos hipertensos e diabéticos idosos, com indicadores de fragilidade por entendermos nesse grupo, como sendo de risco maior para adoecimento. Os usuários prioritários terão como atendimento o modelo “porta aberta”, ou seja, será atendido

sempre que demandar, sem necessidade de agendamento prévio, como forma de encaixe na agenda do dia. Será realizado controle de estoque de medicamentos, e a técnica de enfermagem manterá o registro das necessidades de medicamentos do grupo HIPERDIA.

Realizaremos palestras educativas para fornecer orientações sobre a prática de alimentação saudável em decorrência da doença, levando em consideração os grupos alimentares bem como horários apropriados, entre outras informações pertinentes. Serão realizadas palestras educativas sistemáticas, com enfoque na saúde bucal dos hipertensos e diabéticos. Buscaremos uma rede de atenção a estes usuários fortalecendo parcerias junto a outros seguimentos da comunidade, verificando trabalhos que já estão sendo desenvolvidos na comunidade e que possam auxiliar o trabalho da ESF, como aula de trabalhos manuais, dança ou esportes. O profissional educador físico será solicitado para que possa dar suporte adequado quanto às orientações pertinentes para realização regular de atividades físicas. Este poderá ser membro da equipe NASF. Estimularemos de forma lúdica a realização de atividades físicas na comunidade utilizando espaços sociais ou outros, como conselhos comunitários para esta prática.

3 Relatório da Intervenção

Neste item será descrito todo o processo da intervenção, sendo descritas as ações que foram desenvolvidas pela equipe e que contemplaram os quatro eixos temáticos propostos pelo curso, sendo eles: a qualificação da prática clínica, o engajamento público, a organização e gestão do serviço e o monitoramento e avaliação. Também será descrito os aspectos que facilitaram o desenvolvimento das ações e os aspectos dificultadores. É válido ressaltar que a intervenção visava atender a integralidade do cuidado a saúde dos hipertensos e ou diabéticos pertencentes a área de abrangência da ESF Walfredo Gurgel. Todo este processo contou com o apoio do gestor, de todos da equipe, dos hipertensos e diabéticos, seus familiares e da comunidade.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Desde o início do Curso de Especialização em Saúde da Família e através das tarefas foi possível analisar diferentes aspectos que estão muito relacionados com a saúde da população de nossa área de abrangência onde estão na UBS. Realizamos a análise situacional e identificamos os principais problemas de saúde da comunidade e a partir desta análise, definimos um foco de intervenção para ser o tema escolhido de nosso projeto de intervenção.

Em estudo a hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus constituem as doenças crônicas mais frequentes, com mais complicações, com várias formas de tratamento assim como dificuldade de acompanhamento e controle. Para melhorar esta problemática na população foi elaborado um projeto de intervenção que teve como principal objetivo melhorar a atenção à saúde do hipertenso e do diabético da área de abrangência da UBS Walfredo Gurgel, no município de Caicó / RN.

Este projeto de intervenção prevê a realização de ações em quatro eixos pedagógicos do Curso: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Para monitorar a realização da intervenção realizamos um cronograma com as ações a serem desenvolvidas por toda a equipe. Agora que finalizamos o período de intervenção estamos em condições de relatar os fatores negativos e positivos que fizeram possível para realizar; as dificuldades encontradas e a forma pelo qual pretendemos dar continuidade as ações e implantá-las como rotina de nossos serviços.

O primeiro passo foi a realização das capacitações tendo como base os protocolos de atendimentos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b). Todos foram capacitados para o preenchimento correto e a atualização das fichas espelho. Foi organizado o arquivo, definidas as atribuições de cada profissional, discutido sobre o acolhimento, a importância do engajamento da equipe, sobre metodologias de educação em saúde, controle de fatores de risco, entre outros.



Figura 1 Fotografia da Capacitação dos profissionais da equipe.

A enfermeira e o médico aproveitavam o espaço para falar um pouco sobre acolhimento, trabalhando a política de humanização, lembrando a importância de engajar a toda a equipe neste, prestar uma escuta qualificada na atenção aos usuários, envolvimento dos profissionais no projeto afim de atingir as metas

pactuadas. Foi preciso que o transcurso da intervenção os acolhimentos e atendimentos de todos os usuários hipertensos e diabéticos foram realizados de acordo ao protocolo o que facilito os cadastros, acompanhamentos de qualidade realizando um exame clinico adequado, indicação e avaliação de exames, estratificação de risco e orientações sobre modos e estilos de vida saudável.



Figura 2 Fotografia da capacitação sobre acolhimento.

Da mesma forma uma ação abordada nas primeiras semanas, foi a divulgação do desenvolvimento do projeto ao longo dos próximos 4 meses que foi reduzido para 3 meses em decorrências das férias do coordenadora do projeto, insistindo em que as fichas espelhos constitui a base para a coleta de todas as informações necessárias para avaliar posteriormente os indicadores, detalhamos a forma de preenchimento delas, discutindo com cada membro da equipe seu papel na intervenção, desde a chegada ao atendimento médico. Diariamente ao finalizar os atendimentos médicos estas fichas serão arquivadas na sala da triagem no arquivo do projeto para aguardar o retorno do paciente. Antes de iniciar cada semana demos ênfases no fato de como seria coletada a informação obtida fazendo através de fatores que influem negativamente e as possíveis soluções, reconhecendo no trabalho positivamente

aqueles em destaque, o que possibilitou que cada semana fora mais rápido e chegou a ser uma experiência única para as agentes de saúde o preenchimento adequado da planilha de coleta de dados eletrônica que mostra todos os indicadores automaticamente permitindo ir avaliando semanalmente o desenvolvimento do projeto. A administração da unidade imprimiu a totalidade de fichas para preencher, cumprindo-se o estabelecido ao longo da intervenção.

Além das reuniões de rotina da unidade foram realizados outros encontros ao longo da intervenção, e neles se realizaram capacitações da equipe para avaliação de risco, orientação nutricional, prática de exercício físico e controle de fatores de risco envolvidos, com o objetivo de que todos estiveram em condições de trabalhar no dia a dia sobre estes aspectos o que foi alcançado sem problema algum. Capacitamos os Agentes Comunitários de Saúde para a atualização cadastral, para a busca ativa de pacientes com fatores de risco para HAS e DM e com relação ao controle das consultas em atraso. Também nestes contatos foi realizado treinamentos para a técnica correta de aferição da pressão arterial e foi orientado aferir pressão arterial em todas as consultas nas pessoas com fatores de risco para HAS e DM, incluindo outras doenças e pacientes que tem acompanhamento do posto. A partir dessas capacitações iniciamos o Cadastramento dos hipertensos e diabéticos previstos no projeto, os acolhimentos e atendimentos de todos estes usuários foram realizados de acordo ao protocolo de atenção. Foi estabelecida a estratificação do risco e demos acompanhamento diferenciado para eles. A busca ativa dos hipertensos e diabéticos não acompanhados e/ou com exames laboratoriais alterados foi realizada.



Figura 3 Fotografia da capacitação das Agentes Comunitárias de Saúde.

Cumprindo com o cronograma foram aproveitados os espaços de salas de espera para divulgar, mediante pequenas palestras, a existência do projeto e a importância deste para a população, por outra parte a rádio local, os líderes informais da comunidade e os próprios pacientes apoiaram a divulgação possibilitando que a informação chegasse a toda a comunidade. As consultas de demanda livre foram um ótimo espaço para identificar pacientes sem diagnóstico e com fatores de risco e serviram para além de cadastrar, realizar um correto exame clínico e estratificar o risco, realizar ações educativas o qual constituem um pilar fundamental no acompanhamento e controle destes enfermos. Estes contatos ajudaram a alcançar que a totalidade de pacientes envolvidos em nosso projeto recebessem orientações quanto a fatores de risco, sinais de alerta, realização de ações de prevenção dessas doenças e adoção de hábitos de vida saudáveis, aproveitamos fundamentalmente os horários matutinos, em que a equipe dividia-se em pequenos grupos operativos e utilizando meios de informação escrita a forma de propaganda e outras iniciativas de formas rápida e dinâmica foi transmitida informação a população sobre a HAS e DM, utilizando recursos interativos, dinâmicos, multimídia para chamar a atenção dos pacientes, escutar o que eles sabem a respeito da doença e fornecer todas as informações importantes para comprometê-los com a adesão ao tratamento também temos que reconhecer que os alunos de medicina e de enfermagem que faziam

rotações na UBS ganharam em experiências participando das palestras onde eles escolhiam um tema para o desenvolver, isto foi uma prática muito proveitosa onde a população identifica-se muito com as novas gerações.



Figura 4 Fotografia do grupo de educação em Saúde na Comunidade.

Perto da nossa unidade existe uma academia onde muitos dos pacientes cadastrados fazem exercícios programados por ciclos na semana, ajudando a combater os fatores de risco presentes no HIPERDIA. O professor integrante do NASF prestou seu apoio com o projeto nas visitas realizadas pela equipe, intercambiamos ideias, conversamos sobre a importância da prática regular de exercícios físicos para o controle destas doenças, aproveitamos o espaço para fazer pequenas atividades educativas sobre alimentação saudável. Foi muito gratificante escutar suas vivências, muitos têm o conhecimento adquirido através da televisão, rádio e a própria trabalho da Unidade Básica de Saúde, entretanto mas eles mesmos falam que às vezes esquecem e não dão importância a seu cumprimento, isto demonstra que só intervindo de forma permanente eles mudarão suas formas de atuar e modificaram seus costumes alimentares.

Nas consultas de HIPERDIA realizada cada quinta feira assim como as consultas de demanda livre e as consultas com horário estendidos pela noite para os trabalhadores foram atendidos pacientes resgatados pelos Agentes de Saúde que se

encontravam faltosos a consulta e os de acompanhamento continuam pela nossa unidade. Os estudantes e tutores da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, que se encontram vinculados a nossa unidade, três vezes por semana participaram também das diferentes discussões da equipe. Eles ajudaram na palestra relatada com este grupo e nesse mesmo dia foi organizado duas salas para realizar pesquisa de hipertensão, busca ativa de fatores de risco em população alvo, e pesquisa de pé diabético em população diabética.

A enfermeira dedicou-se ao monitoramento das ações desenvolvidas, revisão dos registros, levantamento de exames laboratoriais em dia, percebendo no longo da intervenção a demora na chegada dos resultados, ponto que afetou desde o início o adequado acompanhamento dos pacientes que sofrem estas doenças, como o diagnóstico de pacientes diabéticos tomando por ação própria a iniciativa de envolver no projeto a secretaria municipal de saúde e os dois laboratórios clínicos que oferecem serviço ao SUS.

Além dos problemas apresentados pela equipe de odontologia onde tivemos algumas falhas no serviço como foi dias de atendimento na outra unidade, equipo com problemas elétricos e a troca de dentista que proporcionou dias sem atendimento continuo, conseguimos superar tudo isto em inter-relação com a prefeitura e a secretaria de saúde e com a apresentação e implementação do projeto em documentos que já estava sendo feito um estudo muito proveitoso para a população, conseguindo ter uma dentista fixa só para na UBS, e garantindo que toda a equipe do departamento de odontologia pudessem trabalhar sem problemas.

Foram realizadas rodas de conversa com o NASF e os agentes comunitários de saúde numa escola com a participação de alunos e professores e, ainda o tema fundamental que estava relacionado com o de nossa intervenção, se falaram aspectos importantes que contribuem a eliminar o estresse como fator de risco potente e desencadeante de doenças deste tipo, além disso tratamos de aspectos relacionados como a prática de exercícios físico regular e seus benefícios para a saúde e a importância de evitar hábitos tóxicos como o tabaco, álcool e outras drogas.

Embora a demanda espontânea ter aumentado e os atendimentos diários encontrar-se lotados no último mês da intervenção por aparição de várias doenças virais, tomamos estratégias e em conjunto aprimoramos as ações que se encontravam, mais fracas, foram acompanhamento a pacientes com exames complementares pendentes a avaliar e foi cadastrada praticamente a totalidade de

pacientes atingido a meta. Além disso, posso dizer que todas estas atividades realizadas dentro e fora da unidade serviram para dar informação à população sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 20 anos e do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, para divulgar sobre o funcionamento do serviço, monitoramento e garantia de seus direitos e orientar os pacientes aspectos relacionados com a promoção de hábitos saudáveis e prevenção de complicações nestas doenças.



Figura 6 Fotografia de Visita Domiciliar.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

É importante ressaltar que apesar das mudanças no cronograma da intervenção de 16 semanas para 12 em decorrência das férias do coordenador da intervenção todas as ações foram desenvolvidas, tivemos uma ótima resposta da equipe, a gestão e um bom engajamento público, ainda assim não alcançamos os 100% dos indicadores pactuados como no caso dos exames clínicos e complementares em dia a prescrição de medicamentos na farmácia popular, estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, problemas que afetam ao município na sua totalidade e que são de difícil resolutividade pelo momento já que influem muitos fatores e que precisam de mudanças para seu cumprimento como por exemplo: temos que objetivar que as ações desenvolvidas nas gestões feitas por todos para que o projeto fora feito continuem não só por este estudo, mas que outras áreas programáticas sejam incluídas. Da mesma forma não temos que falar de fatores negativos, já que tivemos resultados positivos previsto em conjunto com a equipe, sendo assim temos que falar dos esforços que fizeram ao longo dos três meses.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

No princípio apresentei algumas dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, mas já depois foi desenvolvido como está orientado, penso que foi por desconhecimento na hora de preencher as planilhas de coletas de dados e o cálculo dos indicadores. Semanalmente foram analisadas as fichas espelhos e atualizando a coleta, o que facilitou identificar os pontos mais fracos nos que se precisava trabalhar na próxima semana. Os esforços realizados pela equipe nestes três meses garantiram que se recolheram todos os dados necessários para os cálculos de indicadores que no mês três ficou para recuperar todos os pacientes que nos meses anterior não apresentavam os dados em dia.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Damos seguimento a nossas atividades para dar continuidade ao trabalho já realizado durante a intervenção e seguindo o protocolo de atenção para estas doenças continuaremos com os cadastros de pacientes hipertensos e diabéticos mesmo após o término da intervenção, identificando fatores de riscos, dando continuidade às ações educativas nos atendimentos, visitas domiciliares e atividades grupais. Nossa rotina de trabalho atualmente encontrasse bem envolvida no desenvolvimento das ações até agora cumpridas dando continuidade e mantendo o trabalho em equipe, engajando a população e gestão permitirá elevar a quantidade de cadastros, manter os indicadores nos percentuais alcançados e continuar melhorando a saúde deste grupo populacional. Em alguns aspectos relacionados com atividades de prevenção, os trabalhadores da saúde têm que objetivar manter o nível de satisfações com a população, melhorando o inter-relacionamento com os pacientes e a intersetorialidade dos serviços, ver as atividades de superação como um meio de enriquecimento da cultura e educação popular e elevar o nível de satisfação dos profissionais da saúde com o Programa Mais Médicos neste momento onde a principal meta é melhorar a saúde da população.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) enquanto doenças crônicas não transmissíveis, apresentam fatores de risco em comum e demandam um longo período de tempo de supervisão, observação e cuidados. Os fatores de risco para estas doenças estão relacionados com o estilo de vida, sendo os mais importantes o sedentarismo, tabagismo, obesidade e alcoolismo. Estas são muito frequentes no mundo e no Brasil, e frequentemente são causas de incapacidades. Portanto, a intervenção sobre estes fatores de risco resulta na redução da morbidade e mortalidade por estas causas.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) atua na prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, na manutenção da saúde e no estabelecimento de vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a comunidade. Por esta razão, a ESF Walfredo Gurgel estabeleceu o objetivo de melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e diabetes, a partir da implementação da intervenção pautada na metodologia proposta pela Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial de avaliação para a obtenção do título de especialista em saúde da família.

O público alvo da intervenção foram os usuários com 20 anos ou mais, portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes e residentes na área de abrangência da UBS. Para dar início à intervenção foi realizado um monitoramento rápido, sendo detectados 261 pessoas com hipertensão e 74 pessoas com diabetes mellitus na área de abrangência da unidade.

A atualização da cobertura do Programa de Atenção às pessoas portadoras de hipertensão e/ou diabetes foi uma das principais conquistas alcançadas com a

intervenção. Também tivemos melhoria na qualidade e organização dos atendimentos com a realização de exames clínicos completos e a estratificação do risco cardiovascular de todos os cadastrados, na organização dos registros, com a definição objetiva de cada ação a ser realizada o que viabilizou a otimização da agenda para a demanda espontânea, evitando insatisfações da população e maior resolutividade. Considero esta intervenção mais um passo, uma conquista que além de ter alcançado os resultados esperados, constituiu a base para a realização de melhorias em outros programas prioritários, o que fortalecerá cada dia mais a rede de atenção primária à saúde como a base de fortalecimento do SUS.

O trabalho foi desenvolvido por toda a equipe, sendo fundamental informar que no mês de março houve uma subdivisão da equipe da UBS, sendo que uma equipe ficou composta por uma médica generalista brasileira que presta serviço na unidade dois dias na semana, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde, e outra equipe composta por mim, médico vinculado ao Programa Mais Médico para o Brasil, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e seis ACS. Faço referência à esta subdivisão só com o fim de informação, pois como o projeto de intervenção já estava aprovado, mantivemos o compromisso de desenvolver a intervenção como programado anteriormente, com todos os profissionais trabalhando juntos, e posso dizer que foi ótimo fazer um trabalho desse jeito pela experiência alcançada, servindo para melhorar o nível de conhecimento e competitividade saudável entre as equipes. As atividades foram encaminhadas de forma a servir como ponte na relação médico/paciente, aumentando o nível de conscientização e aceitação por parte da população, o que pôde ser notado quantitativamente nos resultados.

Objetivo específico 1 Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos no programa de atenção ao hipertenso e/ou diabético teve como Meta 1.1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no programa de atenção à hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, desta forma teve como indicador o número de hipertensos cadastrados no programa entre o número de hipertensos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Ao iniciar a intervenção o serviço tinha conhecimento de 261 pacientes com hipertensão residindo na área adstrita. No primeiro mês foram cadastrados 105 pacientes hipertensos (40,2%), no segundo mês foram cadastrados 246 pacientes hipertensos (94,3%), e no terceiro mês terminamos a intervenção com um total de 261

pacientes hipertensos cadastrados (100%) observado na figura 7. A ação que mais ajudou para alcançarmos a meta foi a busca ativa dos portadores de hipertensão com controle em atraso. A mesma busca foi feita aos pacientes sem diagnóstico definido, mas que apresentavam fatores de risco para hipertensão, e que não estavam sendo acompanhados regularmente pela UBS. Estes últimos foram agendados pelos agentes comunitários de saúde para realizarem consulta médica de rastreamento. As capacitações dos profissionais da equipe sobre o protocolo de atendimento do Ministério da Saúde foram a base para a atualização sobre a importância de acompanhar regularmente estes pacientes e como fazê-lo de forma apropriada. O acolhimento adequado e o atendimento de qualidade facilitaram o fluxo deste grupo às consultas e aumentou o grau de satisfação da população, o que propiciou que alguns pacientes faltosos voltaram a ser acompanhados. A divulgação realizada pelos agentes comunitários nas visitas domiciliares, e através de grupos operativos pelos diferentes integrantes da equipe, utilizando vários recursos que chamaram a atenção dos usuários, como palestras feitas dentro e fora da UBS, assim como as consultas de enfermagem e do médico, assim como a ajuda dos líderes comunitários, o auxílio da rádio local e o apoio da gestão nestas atividades também favoreceram o alcance desta meta.

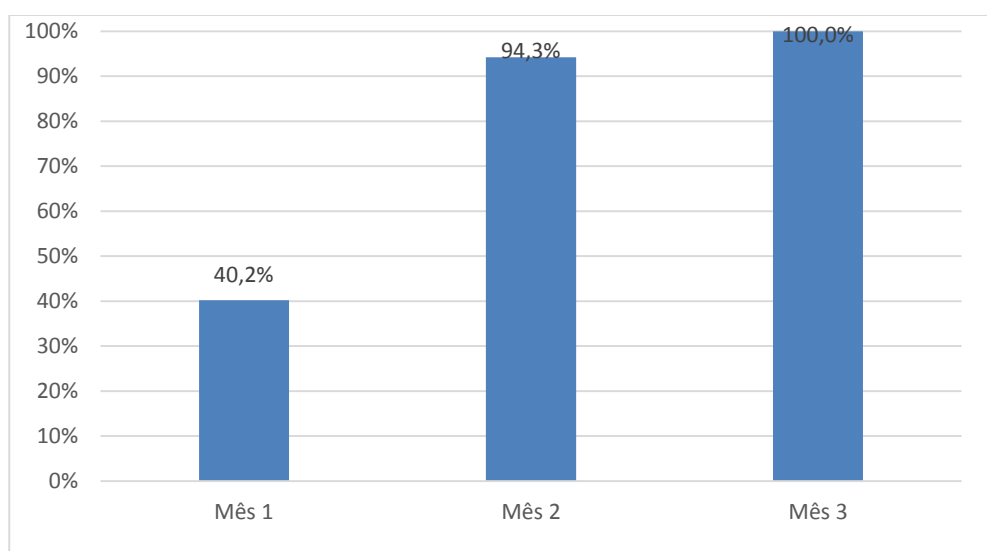


Figura 7 - Proporção de hipertensos cadastrados no programa da UBS Walfredo Gurgel Município Caicó/Rio Grande do Norte.

A Meta 1.2 Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no programa de atenção ao hipertenso e/ou diabético, desta forma teve como indicador o número de diabéticos cadastrados no programa entre o número de diabéticos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde. O levantamento prévio à intervenção indicou 74 pessoas diabéticas residindo na área adstrita. No primeiro mês de intervenção foram cadastrados 47 diabéticos (63,5%), no segundo foram cadastrados 74 diabéticos (100%) e no terceiro não cadastramos mais nenhum diabético, como observado na figura 8.

As capacitações da equipe aumentaram o conhecimento e a organização do trabalho que foi desenvolvido ao longo dos três meses, garantindo a execução das ações previstas. A busca ativa realizada pelos ACS aos pacientes faltosos às consultas e não acompanhados pela UBS, a identificação e rastreamento da doença em pessoas com fatores de riscos, a atenção priorizada no acolhimento de acordo com o protocolo e a ampliação da divulgação da intervenção possibilitaram atingir a meta e no futuro será possível aumentar a cobertura a um percentual maior pensando nos pacientes ainda não diagnosticados.

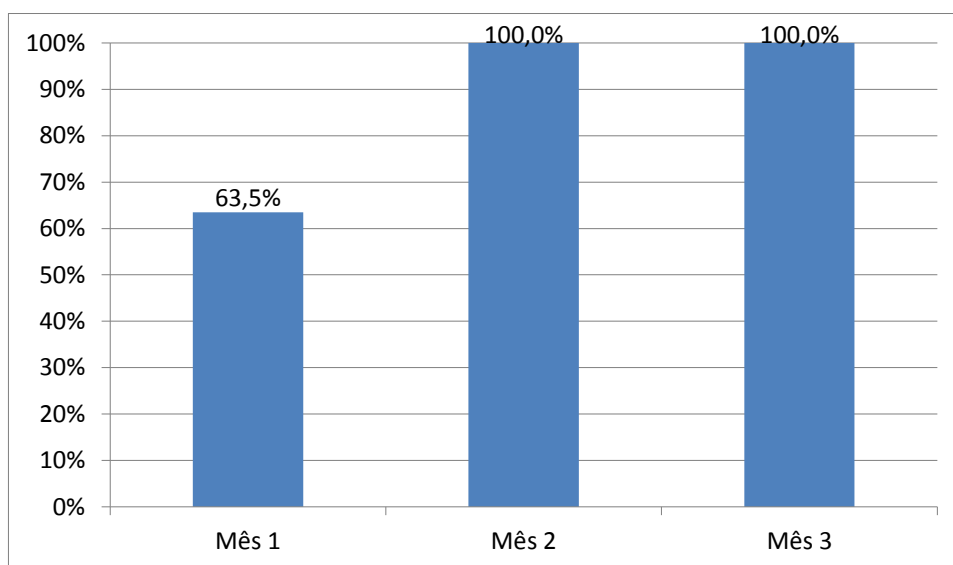


Figura 8 - Proporção de diabéticos cadastrados no programa na UBS Walfredo Gurgel do Município Caicó, Rio Grande do Norte.

O Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos que teve como Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados no programa da unidade de saúde. Foi avaliado o número de hipertensos com exame clínico apropriado em dia com relação ao número de hipertensos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

No primeiro mês de intervenção foi realizado o exame clínico aos 105 pacientes hipertensos cadastrados (100%), no segundo mês foi realizado o exame clínico em 243 dos 246 hipertensos cadastrados (98,8%) e no terceiro mês a intervenção foi finalizada com 259 dos 261 hipertensos cadastrados submetidos ao exame clínico (99,2%), como observado na figura 9.

O médico da equipe foi o responsável pela realização dos exames clínicos dos pacientes participantes da intervenção apesar de não ter sido possível realizá-los em todos de pacientes cadastrados no primeiro mês, com o monitoramento e atualização dos registros, e a atualização da ficha espelho e o acompanhamento de acordo ao protocolo destes pacientes finalizamos o trabalho no terceiro mês com um 99,2% de usuários examinados, sendo que dois pacientes não foram avaliados por não estarem na cidade no momento da intervenção.

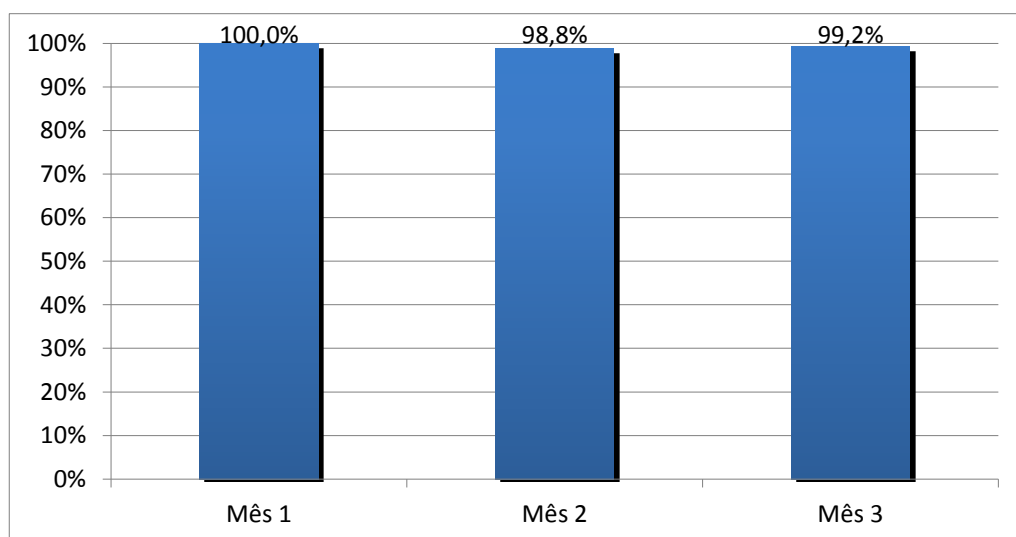


Figura 9 - Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Walfredo Gurgel do Município Caicó/Rio Grande do Norte.

A Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos. Foi avaliado o número de diabéticos com exame clínico apropriado em dia com relação ao número de diabéticos cadastrados no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde. O exame clínico para os pacientes diabéticos foi realizado à totalidade dos cadastrados. No primeiro mês foi realizado exame clínico adequado em 46 dos 47 diabéticos cadastrados (94,6%), no segundo mês foi realizado exame clínico adequado em 70 dos 74 diabéticos; e no terceiro mês foi

realizado o exame clínico nos 74 diabéticos cadastrados (100%), como observado na figura 10.

A organização do trabalho que possibilitou este resultado foi a busca ativa de pacientes faltosos às consultas pelos agentes comunitários de saúde, o acolhimento de acordo o protocolo e o cumprimento das consultas, visitas domiciliares e o monitoramento sistemático das fichas espelho desses pacientes.

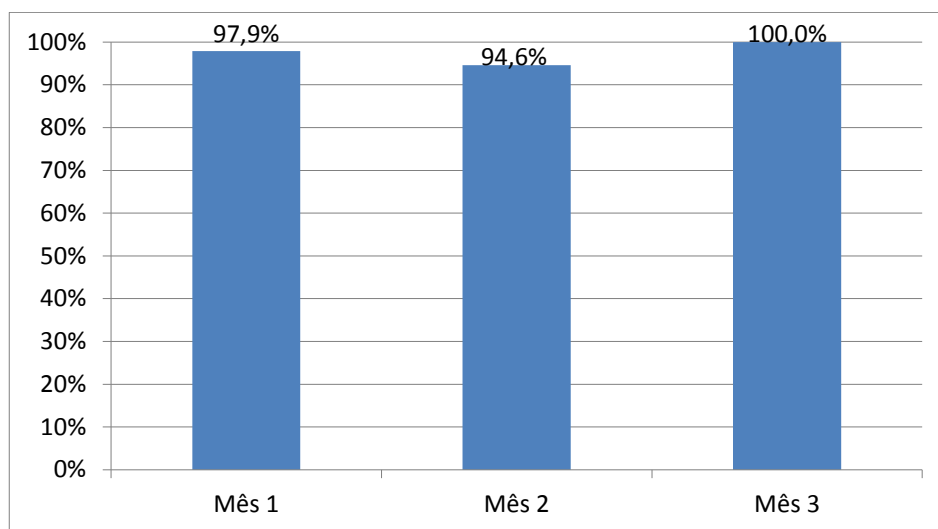


Figura 10 - Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Walfredo Gurgel do Município Caicó/Rio Grande do Norte.

A Meta 2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Foi avaliado o número de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo com relação ao número de hipertensos cadastrados no programa. A realização de exames complementares para o grupo hipertensos participantes da intervenção foi um tema muito debatido nas reuniões de equipe, conversado com a gestão em várias ocasiões, com tentativas de mudanças na forma de agendamentos destes. Além disso, foi trabalhada a busca ativa de pacientes com exames atrasados ou alterados. Ainda assim não foi possível atingir a meta proposta para este indicador, alcançando no primeiro mês, 104 dos 105 hipertensos cadastrados com exame laboratorial em dia (99%), no segundo mês de 246 hipertensos cadastrados, somente 232 estiveram com exames laboratoriais em dia (94,3%) e no terceiro mês finalizamos com 259 (99,2%) da totalidade da população 261 hipertensos cadastrados, com exames em dia como observado na figura 11.

O município é grande e há somente dois laboratórios credenciados para realização dos exames. A alta demanda existente em relação à quantidade de cotas distribuídas ao início da intervenção era muito desproporcional. Ao discutir este tema com a gestão, foram realizados alguns ajustes estabelecendo convênio com os dois laboratórios privados que agora realizam exames pelo SUS, ampliando a oferta de cotas.

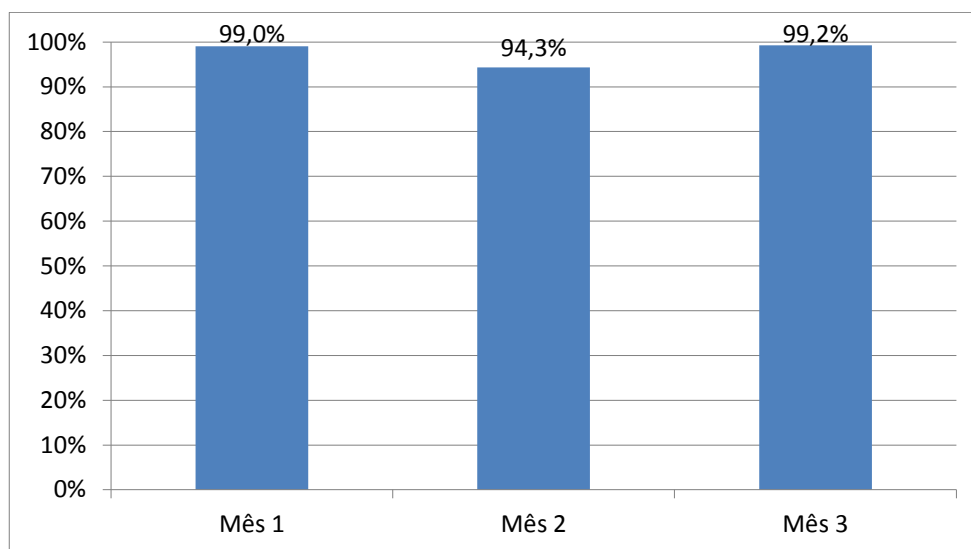


Figura 11 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Walfredo Gurgel do Município Caicó/Rio Grande do Norte.

Meta 2.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Foi avaliado o número de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo com relação ao número de diabéticos cadastrados no programa. A unidade possui glicosímetros para fazer aferições de glicemia capilar diariamente e possui rotina de coleta de material para outros exames. Dos 47 pacientes diabéticos cadastrados no primeiro mês, 46 (97,9%) estavam com os exames laboratoriais em dia. No segundo mês, de 74 diabéticos cadastrados, 70 (94,6%) foram avaliados com seus exames em dia. E ao finalizar o terceiro mês de intervenção, os 74 (100%) diabéticos cadastrados estavam com os exames em dia de acordo com o protocolo como observado na figura 12. Ao fim do segundo mês de intervenção já estávamos com a meta de cobertura concluída, e foi possível fazer uma revisão nas ações para atingir as metas de qualidade ainda não alcançadas.

No decorrer da intervenção foi discutido este tema com a gestão e foram realizados alguns ajustes, estabelecendo convênio com os dois laboratórios privados que agora realizam exames pelo SUS, ampliando a oferta de cotas. Dessa forma foi possível atingir a meta pactuada.

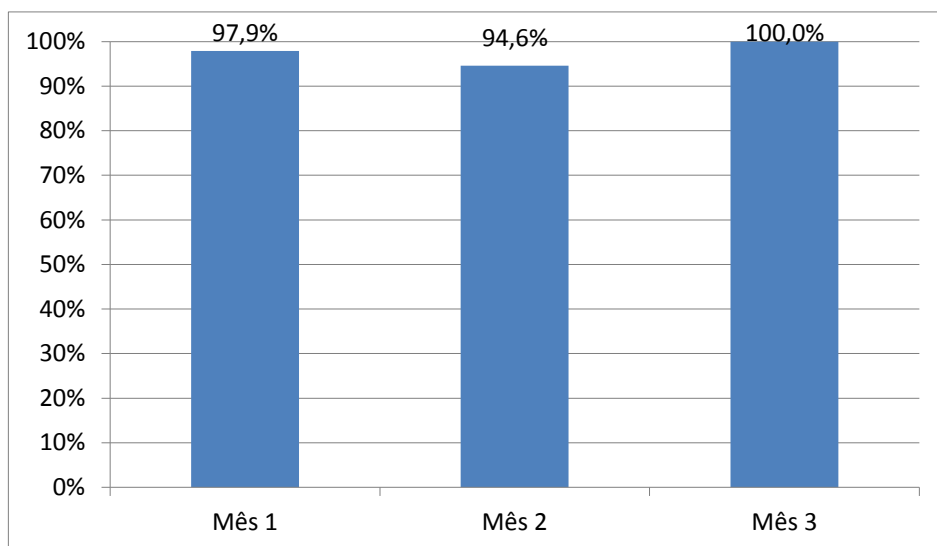


Figura 12 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Walfredo Gurgel do Município Caicó/Rio Grande do Norte.

A Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde. Foi avaliado o número de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada com relação aos hipertensos cadastrados no programa

No primeiro mês os 102 usuários hipertensos cadastrados faziam uso de medicamentos da farmácia básica (100%). No segundo mês de 235 hipertensos cadastrados, 230 faziam uso de medicamentos da farmácia básica (97,9%). No terceiro mês de 252 usuários hipertensos cadastrados, apenas um não fazia uso das medicações da farmácia básica (99,6%), como observado na figura 13.

Nas primeiras semanas da intervenção após discutir o papel de cada profissional na ação programática e começar as ações, o gerente da unidade foi estabelecido como responsável por pleitear junto à secretaria de saúde a disponibilização das medicações de forma que satisfizesse as necessidades dos profissionais e usuários, levando em consideração a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. A população alvo foi informada sobre o funcionamento do serviço, o monitoramento e garantia de seus direitos, insistindo que além do

acompanhamento contínuo, a facilitação de aquisição dos medicamentos é um elemento básico para manter o controle da doença. O médico e a enfermeira em cada consulta realizaram atividades educativas para trocar a mentalidade daqueles usuários que consideravam menos efetivos os medicamentos da farmácia popular. Mesmo considerando o comportamento deste indicador como positivo ao longo da intervenção, temos que continuar envolvendo a gestão e buscando estratégias que ajudem a garantir o acesso às medicações de forma integral.

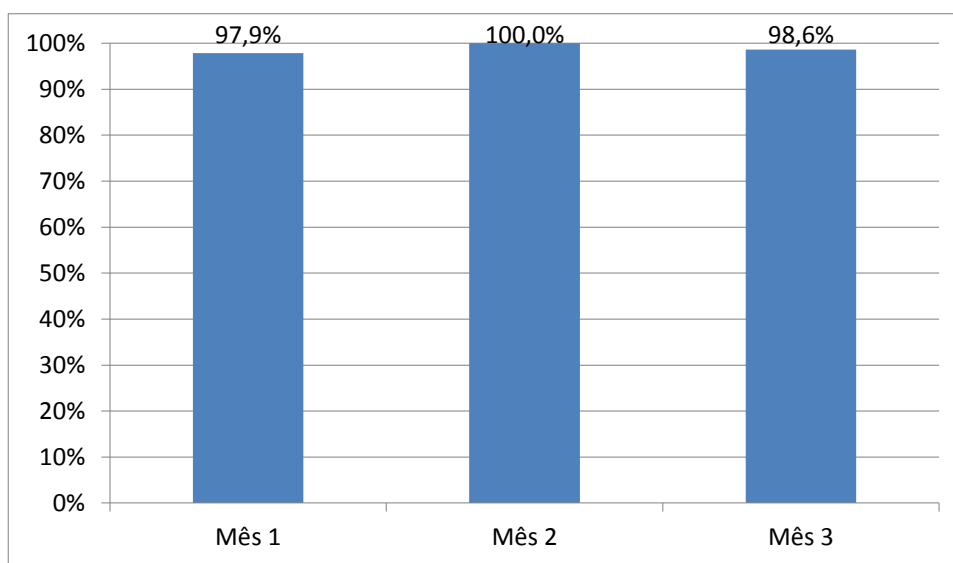


Figura 13 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada na UBS Walfredo Gurgel do Município Caicó/Rio Grande do Norte.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Foi avaliado o número de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA priorizada com relação aos diabéticos cadastrados no programa. No primeiro mês da intervenção tivemos 47 diabéticos cadastrados e 46 com prescrição de medicações da Farmácia Popular/HIPERDIA (97,9%). No segundo mês, os 72 cadastros tiveram prescrições de medicamentos da farmácia HIPERDIA (100%). Ao terminar os três meses, alcançamos 73 diabéticos cadastrados, e 72 em uso de medicamentos da farmácia popular (98,6%), como observado na figura 14.

O município tem duas farmácias populares vinculadas com a distribuição de medicamentos pelo SUS, e os pacientes após de cadastrar-se recebem de forma gratuita os medicamentos que não disponibilizados pela farmácia básica da unidade de saúde. A equipe debateu em reuniões a situação existente com o tratamento deste

grupo de pacientes, realizou monitoramento das medicações prescritas através da ficha espelho e envolveu a gestão tanto da UBS como do município, e por isso foi possível alcançar um bom resultado para este indicador.

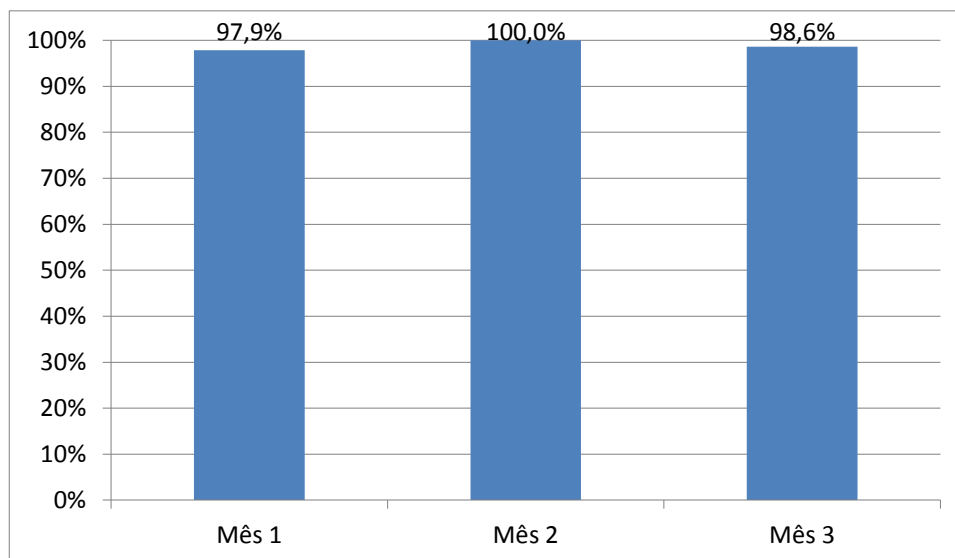


Figura 14: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada na UBS Walfredo Gurgel do Município Caicó/Rio Grande do Norte.

Meta 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos. Avaliou-se a Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico em relação aos hipertensos cadastrados no programa. No primeiro mês foram avaliados os 105 hipertensos cadastrados (100%), no segundo mês foram avaliados 152 de 246 hipertensos cadastrados (95%), e no terceiro mês conseguimos ter avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico os 261 hipertensos (100%) envolvidos na intervenção, como observado na figura 15.

A avaliação odontológica para a população hipertensa envolvida na intervenção foi priorizada na medida do possível, pois a Equipe de Saúde Bucal (ESB) da unidade é deslocada para atender dois dias na semana em outra unidade. Além disso, tivemos algumas falhas no serviço por problemas elétricos e a troca de dentista que resultou em alguns dias sem atendimento. Mas conseguimos superar tudo isto através de discussões com a prefeitura e a secretaria de saúde, conseguindo ter uma dentista fixa só para a UBS, e garantindo que a EAS pudesse trabalhar sem problemas. O trabalho educativo realizado em visitas domiciliares, salas de esperas,

escolas, centros de trabalho e consultas médicas e da enfermeira, assim como o trabalho organizado e competente da odontóloga contribuíram para o bom resultado.

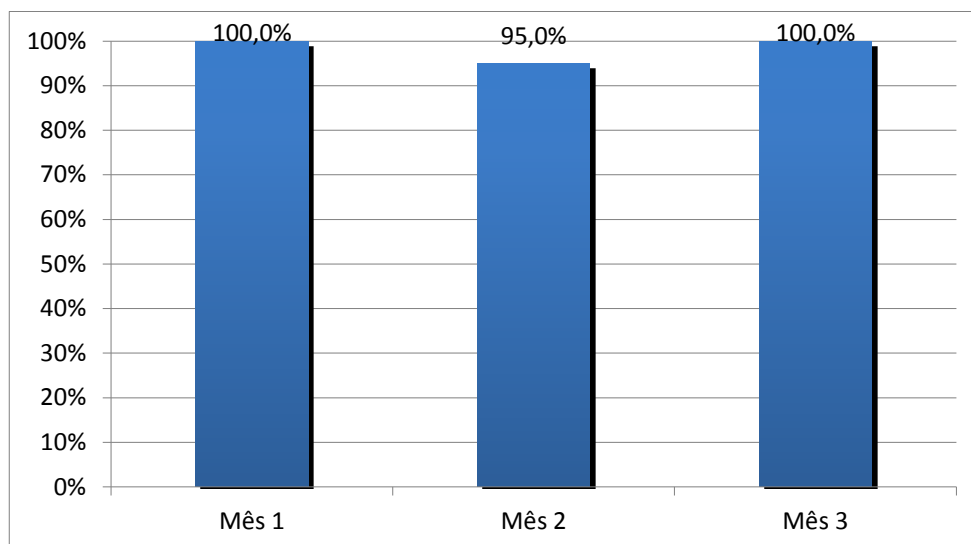


Figura 15: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Walfredo Gurgel do Município Caicó/Rio Grande do Norte.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos. Avaliou-se a Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico em relação aos diabéticos cadastrados no programa. O indicador começou a intervenção com 43 de 47 diabéticos cadastrados no primeiro mês com avaliação da necessidade de atendimento odontológico (91,5%); no segundo mês de 74 diabéticos cadastros, 65 foram avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico (87,8%), e finalizou a intervenção com os 74 diabéticos cadastrados (100%) avaliados como observado na figura 16.

A população diabética participante da nossa intervenção teve sua avaliação odontológica priorizada desde o início, sendo este grupo de pacientes de alta vulnerabilidade a infecções da cavidade oral. Usamos estratégias como a visita domiciliar por parte da ESB àqueles diabéticos incapacitados de ir à unidade. A odontóloga foi envolvida nas ações para prestar atendimento a estes pacientes no mesmo horário das consultas de HIPERDIA assim como as consultas com horários estendidos à noite. E não menos importantes foram as atividades educativas.

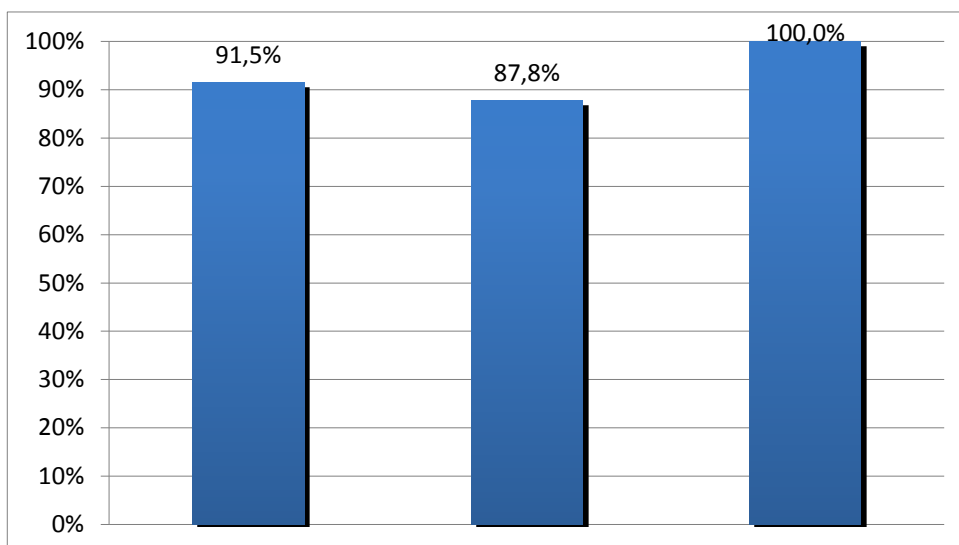


Figura 16: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Walfredo Gurgel do Município Caicó/Rio Grande do Norte.

Objetivo 3 foi Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa que teve como Meta 3.1 Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada. Este indicador avaliou a proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa. A totalidade de pacientes que se encontravam faltosos às consultas foram buscados principalmente pelas ACS através de visitas domiciliares, e conseguiram que estes comparecessem às consultas. A divulgação da intervenção por diferentes meios, como propaganda escrita, nas palestras feitas na UBS e fora desta, através das mesmas ACS e nas consultas de controle da enfermeira e do médico, assim como o apoio de alguns líderes da comunidade ajudaram para que não ficasse nenhum paciente faltoso sem busca ativa e sem acompanhamento. No primeiro mês houve 12 hipertensos faltosos e todos foram buscados (100%), no segundo mês os 40 hipertensos faltosos receberam visitas (100%) e compareceram à consulta posteriormente, e no final do terceiro mês dos 20 pacientes hipertensos faltosos, 19 (95%) foram resgatados, havendo um que não foi encontrado por não encontrar-se na cidade no momento, como observado na figura 17.

Uma característica desta população é a migração durante o dia para outras regiões, já que esta não é produtiva como na agricultura, não tem indústrias ou fábricas que gerem trabalho, e a economia está baseada no comércio. Dessa forma a população economicamente ativa normalmente ficam em outras regiões dificultando ainda mais o comparecimento às consultas.

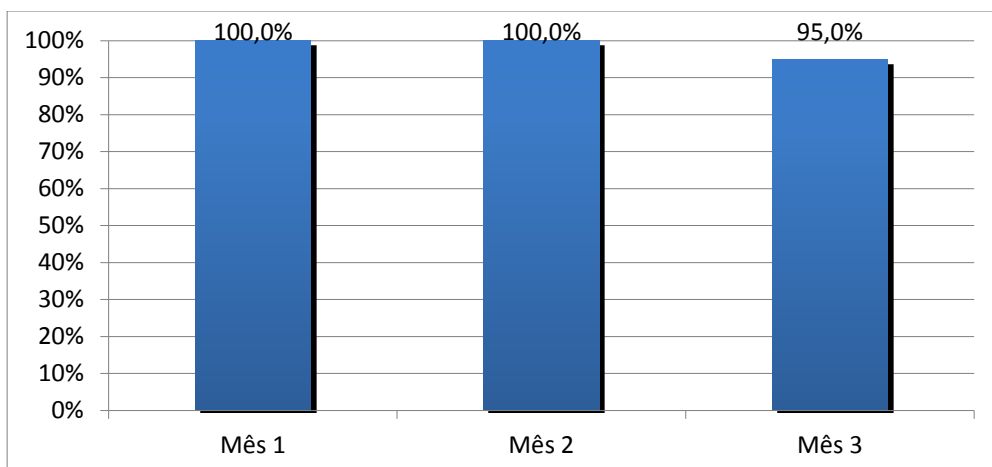


Figura 17: Proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca na UBS Walfredo Gurgel do Município Caicó/Rio Grande do Norte.

A Meta 3.2 Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada segundo o indicador que avaliou a proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa. Como aconteceu com o grupo de hipertensos, o trabalho de divulgação nas salas de espera, ações nos grupos operativos, orientações através da rádio local, e das visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários dirigidas aos faltosos, garantiram o resgate e a assistência à totalidade dos diabéticos previstos pela meta. No primeiro mês de 10 faltosos 8 receberam busca ativa (80%), no segundo mês de 15 diabéticos faltosos 12 foram buscados (80%) e ao terminar o terceiro mês, dos 6 faltosos a consultas todos foram buscados alcançando a meta de 100% para este indicador, como observado na figura 18.

No terceiro mês de intervenção como a equipe já tinha alcançado a meta planejada de cobertura do programa de diabéticos, houve maior dedicação pra buscar aqueles pacientes faltosos que estavam com consulta em atraso para desta forma garantir a qualificação do programa.

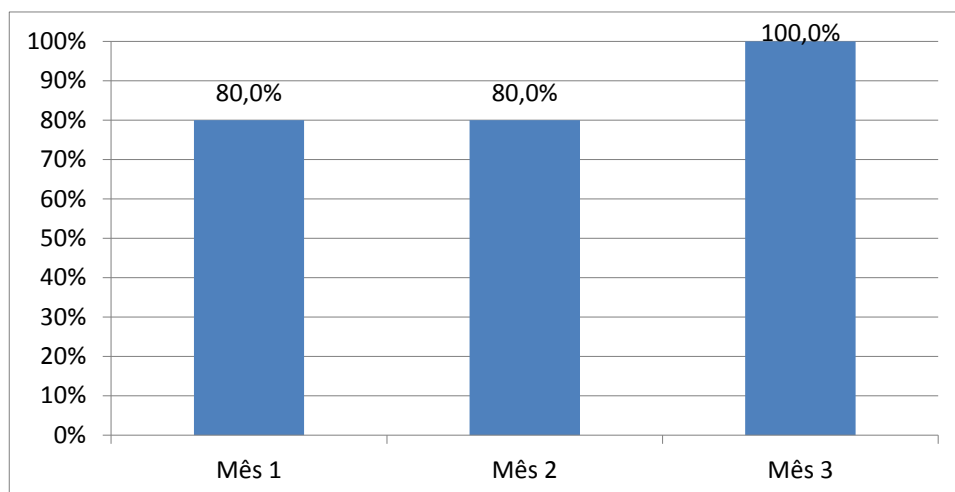


Figura 18 Proporção de diabéticos faltosos as consultas com busca na UBS Walfredo Gurgel do Município Caicó/Rio Grande do Norte.

Objetivo 4 foi de Melhorar o registro das informações que teve como Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde. Avaliou a proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento em relação aos hipertensos cadastrados no programa. Na primeira semana da intervenção foi organizado um arquivo na sala de pé-consulta para viabilizar o acesso aos prontuários e fichas espelho dos pacientes envolvidos na intervenção. A equipe foi capacitada para começarmos a trabalhar com a ficha espelho, registrando nesta todos os dados aportados pelos pacientes e os registros dos prontuários. O médico e a enfermeira semanalmente revisaram estes registros. A atualização da planilha de coleta de dados foi realizada pela médica também semanalmente. As informações referentes ao monitoramento destes registros foram repassadas para a equipe nas reuniões quando discutíamos sobre os indicadores mais fracos e como o serviço deveria ser reestruturado para recuperar estes indicadores de forma mais intensa.

Inicialmente os 105 hipertensos cadastrados (100%) tinham um registro adequado na ficha de acompanhamento, no segundo mês os 246 (100%) cadastrados estavam com o registro adequado, e ao fim da intervenção os 261 (100%) pacientes hipertensos cadastrados estavam com estes registros preenchidos adequadamente.

A Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Avaliou a proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento em relação aos diabéticos cadastrados no programa. Para os pacientes diabéticos cadastrados na intervenção também tivemos

a totalidade dos registros organizados, preenchidos e atualizados da mesma forma que para os hipertensos. As ações foram desenvolvidas em conjunto para os dois grupos e os indicadores 4.1 e 4.2 se comportaram de forma semelhante. No primeiro mês os 47 cadastrados (100%) tiveram o registro adequado, no segundo mês os 74 cadastros tiveram os registros adequadamente (100%), e no terceiro mantiveram os 74 registros por não ter havido o cadastramento de nenhum outro diabético. Este indicador comportou-se de forma positiva porque as orientações à equipe foram encaminhadas de forma a contribuir para a realização das atividades programadas no cronograma.

O Objetivo 5 Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular que teve como Meta 5.1 Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde. Teve como indicador a proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínica em dia em relação aos hipertensos cadastrados no programa. Este indicador iniciou no primeiro mês com 105 (100%) estratificações realizadas em todos os hipertensos cadastrados; no segundo mês foi classificado o risco dos 246 hipertensos cadastrados (100%), terminando o terceiro mês com os 261 (100%) hipertensos cadastrados com a classificação do risco em dia.

Ao longo da intervenção foi realizada a estratificação de risco cardiovascular dos cadastrados, dando acompanhamento diferenciado com priorização daqueles de maior risco. Esta ação foi desenvolvida por mim que sou o médico responsável pela intervenção, auxiliado pela enfermeira em cada consulta programada. Após estratificados, os de maior risco foram reavaliados em consulta agendada só para o médico e alguns casos necessários encaminhados para consulta com o cardiologista ou nutricionista. Para a realização da avaliação de Estratificação do Risco Cardiovascular foi preciso que na hora de coletar os dados de cada usuário individualmente de acordo com o cronograma e a coleta de dados porque muitos apresentavam fatores de risco cardiovascular e até lesões em órgão-alvo, sendo necessário aplicar o cálculo do escore de Framingham para detectar e eliminar nestes fatores que influenciam neles.

A Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Teve como indicador a proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínica em dia em

relação aos diabéticos cadastrados no programa. Para os usuários diabéticos cadastrados em cada mês a estratificação de risco foi sendo realizada de acordo com o comparecimento destes às consultas programadas para o médico e a enfermeira de equipe. Nestes atendimentos foram identificados os pacientes de maior risco aplicando a cálculo de escore de Framingham. Em alguns casos foi preciso realizar encaminhamentos para especialistas e alertar os ACS sobre o acompanhamento diferenciado para estes pacientes e em outros evolver o NASF no seguimento e nas consultas domiciliares, principalmente no caso de pacientes que estavam faltosos.

Inicialmente os 47 hipertensos cadastrados foram submetidos a estratificação do risco (100%), no segundo mês os 74 hipertensos cadastrados foram submetidos a estratificação do risco (100%), o que foi mantido no último mês da intervenção por não ter havido outros diabéticos cadastrados.

O Objetivo 6 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos quem teve como Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos. Avaliou a proporção de hipertensos com orientação nutricional saudável em relação aos hipertensos cadastrados no programa. Inicialmente a equipe foi capacitada para realizar uma correta orientação nutricional sobre alimentação saudável a toda população, e diariamente antes de começar o expediente realizamos breves palestras sobre os fatores de risco modificáveis, com esclarecimento das dúvidas, tendo maior atenção aos usuários do grupo HIPERDIA nestes momentos. Com o desenrolar da intervenção ampliamos estas ações e foram desenvolvidas atividades de promoção de saúde também nas escolas, centros de trabalho, e na própria UBS aproveitando as salas de espera e outros espaços internos, assim como as consultas de horários agendadas. A reorganização do grupo HIPERDIA com a participação do NASF foi produtiva, e a capacitação da equipe influenciou já que em todo contato com pacientes cadastrados as orientações eram um dos objetivos a cumprir. As visitas domiciliares e consultas agendadas também serviram para orientar sobre a importância de uma nutrição saudável como elemento fundamental no controle da doença. Os 105 hipertensos cadastrados no primeiro mês (100%) foram orientados em algumas das atividades mencionadas, no segundo mês os 246 hipertensos cadastros receberam esta orientação (100%) e ao finalizar o terceiro mês os 261 hipertensos cadastrados foram orientados sobre uma nutrição saudável.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos. Avaliou a proporção de diabéticos com orientação nutricional saudável em relação aos diabéticos cadastrados no programa. Os diabéticos participantes da intervenção desde o primeiro mês receberam orientação nutricional, realizada nas consultas com o médico e a enfermeira, nas visitas domiciliares por estes profissionais e pelos agentes comunitários de saúde, realizadas em palestras e conversas individuais realizadas pelos demais membros da equipe e pelo NASF, dentro e fora da unidade. Além disso, contamos com o apoio dos estudantes de medicina da UFRN. No primeiro mês foram orientados os 47 diabéticos cadastrados (100%); no segundo mês os 74 cadastrados foram orientados (100%), valor que se manteve no terceiro mês.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos. Teve como indicador a proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular com relação aos hipertensos cadastrados no programa. A UBS não tem o privilégio de contar com um educador físico vinculado ao serviço, porém a área adstrita conta com três academias para realização de exercícios físicos, e tem uma participação popular bastante numerosa em vários turnos. As orientações feitas ao longo da intervenção serviram para incorporar um grande número de pacientes pertencentes ao programa HIPERDIA a estes exercícios. O resto da população alvo que por diferentes razões não praticam exercício na academia, foi orientada sobre a importância de realizar algum tipo de exercício de forma regular, como caminhadas.

Este indicador se comportou positivamente iniciando com os 105 hipertensos cadastrados sendo orientados no primeiro mês (100%), com 246 hipertensos orientados (100%) no segundo mês, e ao finalizar a intervenção todos os 261 hipertensos (100%) haviam recebido as orientações sobre a importância da prática de exercícios físicos regularmente.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos. Teve como indicador a proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular com relação aos diabéticos cadastrados no programa. Para orientar este grupo de pacientes sobre a prática de atividades físicas de forma regular foram realizadas as mesmas ações voltadas aos hipertensos, sendo acrescentadas orientações sobre as complicações mais comuns nos diabéticos, como a neuropatia diabética muito comum neste grupo. No primeiro

mês houve 47 diabéticos (100%) orientados, no segundo mês foram orientados 74 diabéticos (100%), finalizando a intervenção com os mesmos 74 (100%) diabéticos orientados sobre a prática de exercícios físicos de forma regular.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos. Avaliou a proporção de hipertensos que receberam orientação sobre risco de tabagismo com relação aos hipertensos cadastrados no programa. O médico, enfermeira e odontóloga foram os profissionais da equipe encarregados de orientar os hipertensos sobre o risco do tabagismo para a saúde. O tema foi abordado nas consultas agendadas, enfatizando que além das complicações para a doença crônica, o tabagismo é fator de risco para lesões bucais, do aparelho respiratório, da pele, entre outros. No primeiro mês 102 dos 105 pacientes hipertensos cadastrados receberam esta orientação (97,1%). No segundo mês de 246 cadastrados, 243 hipertensos (98,8%) receberam orientação. Concluímos o terceiro mês com 261 (100%) hipertensos orientados como observado na figura 19.

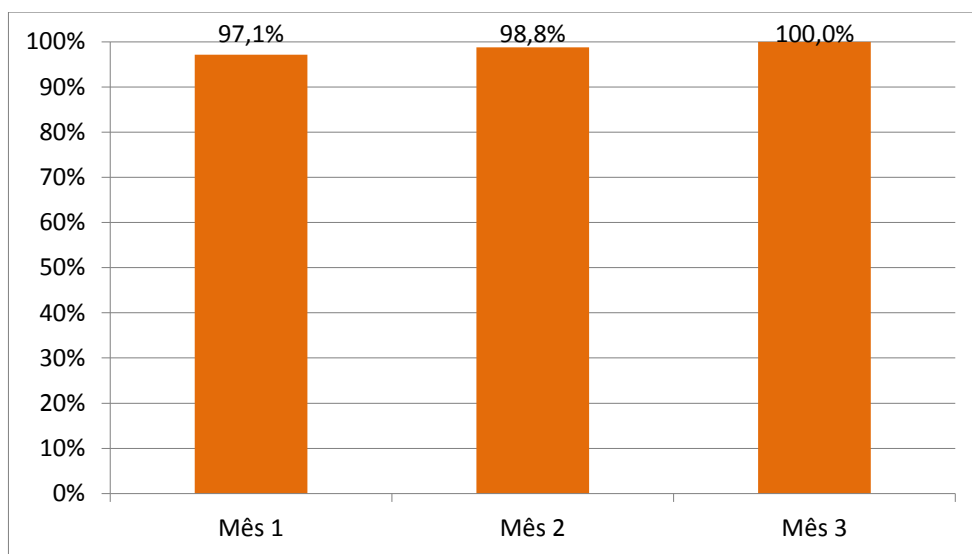


Figura 19: Proporção de hipertensos que receberam orientação os riscos do tabagismo na UBS Walfredo Gurgel do Município Caicó/Rio Grande do Norte.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos. Avaliou a proporção de diabéticos que receberam orientação sobre risco de tabagismo com relação aos diabéticos cadastrados no programa. Nestas ações assim como em outras, foi preciso apenas ter conhecimento sobre o que seria orientado e tivemos resultados ótimos devido a quantidade de instruções que temos expostas na unidade através de murais e outros informativos, que facilitou

o acesso dos usuários às orientações. Foram realizadas ações de estímulo ao abandono do tabagismo da mesma maneira em que os hipertensos foram abordados. Ao finalizar a intervenção a totalidade dos diabéticos envolvidos receberam esta orientação, repercutindo também sobre a população em geral que não havia recebido anteriormente estas informações de forma tão completa.

No primeiro mês os 47 (100%) diabéticos cadastrados foram orientados, no segundo mês os 74 diabéticos cadastrados foram orientados (100%) sobre os riscos do tabagismo, valor que se manteve no último mês.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos. Avaliou a proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal em relação aos hipertensos cadastrados no programa. No primeiro mês foram orientados quanto a este tema os 102 (100%) hipertensos cadastrados. No segundo mês os 246 cadastrados (100%) receberam orientação. Concluímos o terceiro mês com os 261 hipertensos (100%) cadastrados com orientações sobre este tema.

Na sala de espera e nas consultas dos profissionais da equipe existem folhetos para orientar sobre a importância da higiene bucal. As orientações foram realizadas pela odontóloga que realizou ações educativas sobre a correta higiene bucal. Foram aproveitados os horários das consultas para orientar este grupo de pacientes, foram realizadas palestras nas salas de espera e o odontólogo realizou visitas domiciliares acompanhado pelos agentes comunitários de saúde. O médico e a enfermeira em suas consultas programadas para este grupo populacional também abordaram este tema.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos. Avaliou a proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal em relação aos diabéticos cadastrados no programa. No primeiro mês os 47 cadastrados (100%) receberam orientação, no segundo os 74 cadastrados (100%) receberam orientação, valor que se manteve no último mês por não ter tido mais nenhum cadastrado.

Este grupo foi priorizado para os atendimentos odontológico, e tivemos que desenvolver ações ao longo dos três meses para alcançar este resultado, sendo que no segundo mês tivemos problemas com a falta do odontólogo. Mas a incorporação da nova odontóloga ajudou a orientar melhor os casos mais preocupantes da área de abrangência. As agentes comunitárias de saúde realizaram acompanhamento

diferenciado para estes, a odontóloga além de realizar conversa, palestras e visitas domiciliares estendeu seu horário de consulta uma vez por semana para o período noturno junto com o médico, para desse jeito facilitar a adesão dos usuários que trabalham.

4.2 Discussão

A intervenção que teve como objetivo a melhoria da atenção básica à população diabética e hipertensa da área de abrangência da UBS Walfredo Gurgel do município Caicó, foi realizada por 12 semanas segundo o cronograma, deixando resultados positivos para o serviço, a população e para a equipe. Após apresentar o resultado de cada indicador avaliado é importante refletir sobre os benefícios, dificuldades e formas de avançar para incorporar a intervenção à rotina do serviço e formas para manter e aperfeiçoar ainda mais esta ação programática. A ampliação da cobertura do programa de atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes foi uma das principais conquistas alcançadas, principalmente porque o trabalho foi realizado sem deixar por fazer as demais tarefas rotineiras da equipe e da UBS. Tivemos ainda casos múltiplos de doenças virais como a dengue, chikungunya, síndrome exantemática (zica), infecções respiratórias e digestivas, entre outras que se apresentaram neste período.

Antes de iniciar a intervenção a equipe recebeu várias capacitações tendo como referência os protocolos de atendimento para a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, qualificando todos os profissionais as ações previstas no cronograma, o que serviu para lembrar e atualizar os conhecimentos sobre o rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento destas doenças.

O desenvolvimento da intervenção promoveu o trabalho integrado dos profissionais, favorecendo a distribuição de tarefas e diminuindo a sobrecarga que existia na consulta com o médico. A classificação de risco ajudou a melhorar o acolhimento deste grupo, oportunizando um acompanhamento de qualidade e de acordo com cada situação de saúde. A melhoria na qualificação dos atendimentos ao público alvo com a realização de um exame clínico completo e a estratificação do risco

para todos os hipertensos e diabéticos cadastrados foi muito importante e deixou uma grande experiência para nosso trabalho. Ao final foram favorecidas outras ações programáticas a partir da melhor distribuição das atribuições de cada membro da equipe, garantindo atenção de qualidade a um maior número de pessoas. A melhoria dos registros foi muito proveitosa, a organização dos registros, o fato de ter um espaço definido na UBS para isso e a responsabilidade dos profissionais para continuar fazendo o registro adequado promoveu uma melhor organização da ação programática. O fato de organizar o serviço para estes grupos priorizados e da equipe ter definido cada ação a ser realizada viabilizou a otimização da agenda para demanda espontânea, evitando insatisfações da população e uma maior resolutividade do serviço.

A intervenção foi muito importante para os pacientes diabéticos e hipertensos, ou com fatores de risco para desencadear estas doenças e especialmente para aqueles com incapacidades temporais ou permanentes, produto de complicações cardiovasculares e cerebrovasculares, sendo estes usuários os mais acompanhados em consultas programadas e visitas domiciliares durante o período da intervenção, além de receber atenção qualificada do NASF nos casos necessários. O restante da comunidade também tem sido favorecido, embora às vezes estas mudanças sejam mais difíceis de serem percebidas. Mas a melhor organização dos atendimentos tem o estabelecimento de prioridades, atenção esmerada e de forma geral melhor atenção à saúde de toda a comunidade. Como houve o cumprimento da maioria das metas, é inegável que a população alvo teve um grande benefício com as ações desenvolvidas, e a integração da equipe possibilitou a realização de atividades grupais, palestras e conversa dentro e fora da UBS aportando conhecimentos e debatendo temas como alimentação saudável, importância da realização de atividade física regularmente, importância de uma correta higiene bucal, danos do tabagismo, entre outros. Estas atividades foram muito bem recebidas pela comunidade e deixaram a ideia de como levar uma vida saudável.

A participação comunitária que desde o início da intervenção foi conquistada ajudou no desenvolvimento do projeto, mas poderia ter sido maior se desde o fim da análise situacional a população tivesse tido conhecimento da intervenção que seria realizada, quais as ações planejadas e os resultados esperados, contribuindo para maior divulgação do projeto e maior conscientização dos pacientes que estão sendo acompanhados pela UBS.

Na etapa atual, o projeto para fins de aprovação no curso de especialização está chegando ao fim, mas continua como método de trabalho e pode-se perceber a integração da equipe, a vontade da comunidade de participar das atividades, o crescimento do grupo HIPERDIA, a vinculação direta com o NASF, a melhoria na gestão com novas ideias para tentar garantir a medicação e outros recursos necessários para o acompanhamento e controle adequado dos hipertensos e diabéticos. Continuaremos intervindo sobre estes usuários até conseguirmos superar os obstáculos ainda existentes para garantir a saúde da comunidade. Para dar continuidade ao processo de qualificação da ação programática em questão teremos que seguir investindo na ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos para alcançar 100% em todas as metas. Continuaremos desenvolvendo palestras e atividades educativas para manter hábitos e estilos de vida saudável, e manteremos um estreito vínculo com a gestão até conseguirmos melhoras referentes à medicação e aos exames laboratoriais para este grupo de pacientes. Para possibilitar a incorporação da ação programática na rotina do serviço serão necessárias algumas mudanças relacionadas com as atividades de cada dia, como por exemplo, melhorar o nível de conscientização da população. Temos que firmar a parceria com o NASF para resolver os problemas relacionados com o desenvolvimento das atividades com os grupos mais vulneráveis. Também é importante manter um controle das doenças mais comuns na população e incentivar a equipe para manter-se atualizada e investir na intersetorialidade dos serviços. É importante ainda elevar o nível de satisfação dos profissionais do município com o Programa Mais Médicos. Outro do aspecto a ser refletido é quanto ao cuidado com o ambiente de trabalho, cuidando também do trabalhador da saúde.

Este projeto serve como exemplo e ponto de partida para realizar estudos e controle de outros grupos prioritários como o programa de Atenção Pré-natal, Saúde dos Idosos, Saúde da Criança, saúde da mulher na detecção precoce do câncer de colo e de mama, assim como outras doenças crônicas não transmissíveis.

5 Relatório da intervenção para gestores

Caro gestor de Saúde:

Sempre é importante repetir o quanto doenças como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a diabetes mellitus (DM) são problemas de saúde pública cujo controle de forma continuada, visa a prevenção de alterações irreversíveis no organismo e relacionadas a morbimortalidade cardiovascular. O controle destas doenças está diretamente relacionado com o grau de adesão do paciente ao regime terapêutico proposto.

Sendo assim a intervenção realizada pelo período de 12 semanas que teve início em 11 de maio e término em 11 de agosto de 2015 na UBS Walfredo Gurgel teve como objetivo a atuação na melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da unidade. Desde o início deste projeto estivemos em comunicação com a gestão que garantiu os materiais necessários, como a impressão de protocolos, fichas espelhos, cartazes informativos, entre outros, atuando ativamente como parceira na busca de soluções para qualificar a atenção a este grupo de usuários. Antes de tudo os profissionais da UBS receberam treinamentos para trabalhar como agentes promotores da saúde do público alvo. Divulgamos para a comunidade nas primeiras semanas como seria desenvolvido o projeto e para isso tivemos o apoio de todos os integrantes da equipe, nos meios de comunicação local, para os líderes informais da comunidade e os próprios usuários hipertensos e ou diabéticos que já realizavam acompanhamento regular na UBS colaboraram na divulgação do projeto e no incentivo ao comprometimento dos usuários com fatores de riscos e faltosos a consultas.

No transcorrer da intervenção os acolhimentos e atendimentos de todos os usuários hipertensos e ou diabéticos foram realizados de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, o que facilitou os cadastros, acompanhamentos de qualidade realizando exame clínico adequado, indicação e avaliação de exames. O trabalho em equipe permitiu que avaliássemos também os usuários da população alvo com prescrição de medicamentos da farmácia popular, a necessidade de atendimento odontológico, avaliação do risco cardiovascular e orientações sobre modos e estilos de vida saudável enfatizando a importância da prática regular de atividade física, da alimentação saudável e orientações sobre higiene bucal e riscos do tabagismo.

Ao início da intervenção não havia um registro completo da situação de saúde dos hipertensos e diabéticos, nem ao menos do número de usuários portadores desta patologia. A estimativa de acordo com a prevalência nos estados brasileiros era muito alta e descrevia a existência de 1.038 usuários de 20 anos ou mais portadoras de hipertensão arterial, sendo que o número total de hipertensos residentes na área segundo a estimativa levantada pela equipe em um monitoramento rápido era de 261. Ao iniciar a intervenção estavam cadastrados na UBS 261 hipertensos, e no primeiro mês da intervenção cadastramos 105 usuários hipertensos (40,2% do total de 261), 246 no segundo mês (94,3% do total); conseguindo alcançar no terceiro mês 261 pacientes hipertensos cadastrados (100%).

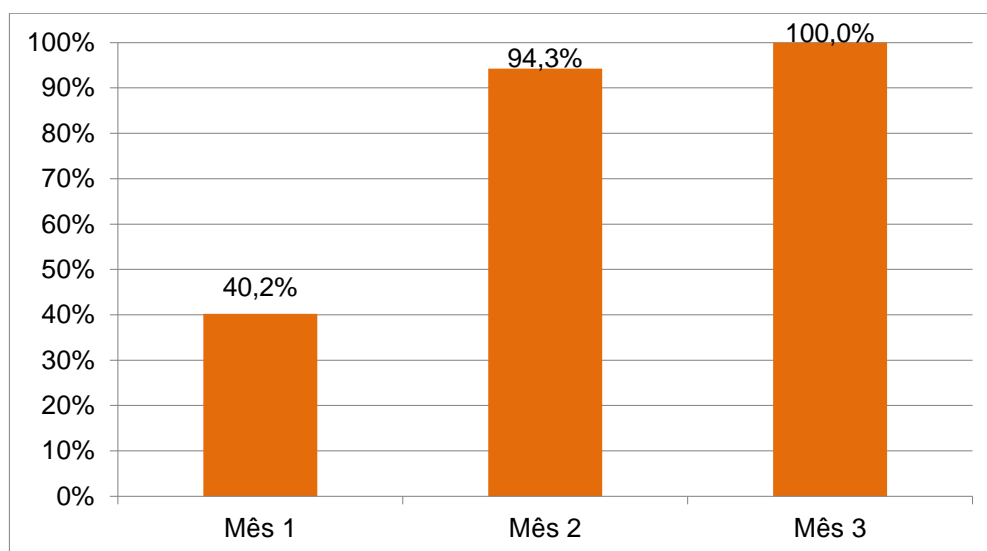


Figura 20 Proporção de hipertensos cadastrados no programa de intervenção na UBS Walfredo Gurgel.

Quanto aos usuários diabéticos, havia uma estimativa do CAP de 296 pessoas diabéticas para área, mas após levantamentos da UBS foram detectados 74. No primeiro mês foram cadastrados 47 (63,5%), no segundo todos os 74 (100%) e no terceiro só foi manter os dados dos 74(100%) recolhidos e alguns os usuários que precisavam avaliação de rotina. O cadastramento foi evoluindo crescentemente e alcançando e sobre passando a meta como se esperava. Para organizar o trabalho com este grupo de usuários em nossa unidade foi necessário aproveitar os espaços das salas de espera para informar a população sobre a intervenção e a nova rotina de atendimentos na que sem deixar de atender outros programas priorizados e a

demanda espontânea, tomaríamos estratégias para viabilizar a atenção priorizada para pacientes hipertensos e diabéticos.

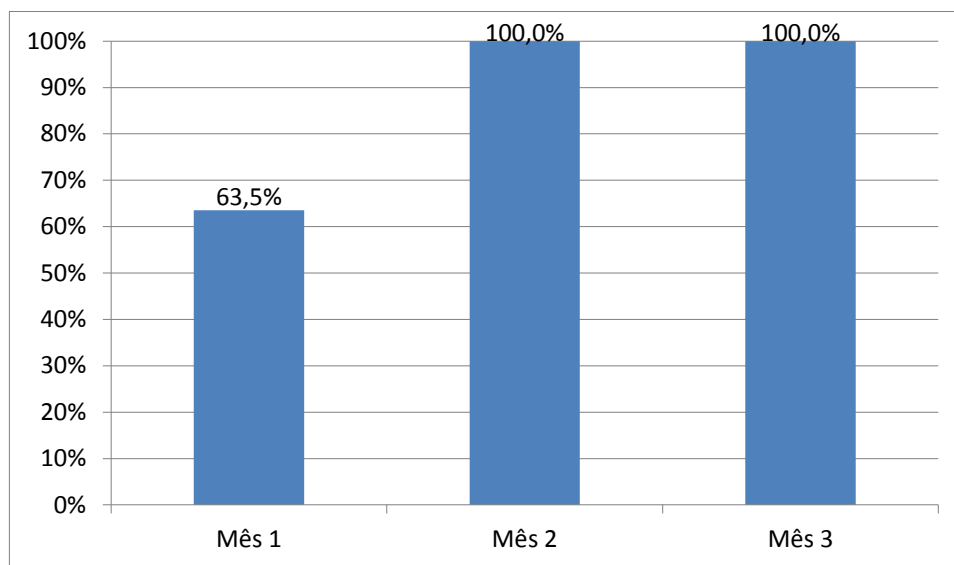


Figura 21 Proporção de diabéticos cadastrados no programa de intervenção na UBS Walfredo Gurgel.

A criação e funcionamento do grupo de HIPERDIA com o apoio do NASF e os estudantes de medicina da UFRN e de enfermagem com cede em nosso município, foi um passo de avanço para a realização de atividades educativas, palestras, a troca de experiências e a melhoria dos indicadores avaliados até objetivar num alto percentual o objetivo proposto. Durante este período de trabalho a equipe estava unida, a população com certo grau de engajamento e contava com o apoio da gestão, sendo apresentado obstáculos e desafios das atividades, que foram resolvidos na sua totalidade o que o influi positivamente nos bons resultados, outros persistem embora ter realizado várias tentativas para sua resolutividade como são os exames complementares onde temos que conseguir estabelecer sua realização em tempo sem precisar de gestões próprias. Como já está escrito de exemplo, problemas com a realização de exames complementares em dia de acordo ao protocolo, encaminhamentos demorados para avaliação especializada e irregularidades com a existência de medicamentos de uso contínuo na farmácia da unidade e a popular para o controle destas doenças crônicas são aspectos já discutidos, de conhecimento dos gestores para os que temos que seguir buscando alternativas de soluções.

A realização deste trabalho criou a oportunidade de uma nova experiência na qual pudemos aprender e ensinar. A busca dos conteúdos a serem utilizados foi de

grande importância, pois amadurecemos nossos conhecimentos e opiniões não somente com referência às patologias estudadas, mas também no trabalho em grupo com educação em saúde, nessa dinâmica de educar o educador se educa. Assim, experimentamos a condição de eternos aprendizes e de educadores.

Podemos afirmar que agora palpamos os resultados e que o trabalho está muito melhor organizado, além de continuar intervindo sobre este programa para manter o alcançado e lutar para melhorar a saúde da totalidade dos usuários que sofrem estas doenças, incorporaremos outras intervenções sobre outras ações programáticas até conseguir intervir sobre a maioria da população, proporcionando saúde e qualidade de vida melhor, solicitando apoio do gestor na implantação destas novas intervenções.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Todos vocês sabem que na área de atuação da ESF há muitos casos de doenças crônicas, como é o caso da hipertensão arterial e a diabetes. Estas doenças precisam de um acompanhamento regular, assim como um correto tratamento dos problemas causados por complicações. Por causas dos inúmeros problemas de saúde causados por estas doenças na nossa população, a equipe da ESF Walfredo Gurgel desenvolver um projeto de intervenção para melhorar as ações de cuidado à saúde dos hipertensos e diabéticos atendidos na unidade. Antes da intervenção, existiam muitas pessoas que sofrem destas doenças sem um tratamento adequado, outros faltosos a consultas e entre vários outros problemas.

A intervenção aconteceu entre os meses de Maio, Junho, Julho e primeiras semanas de Agosto de 2015, onde a equipe toda trabalhou na coleta de dados, seguindo um cronograma de atividades por um período de 12 semanas. As ações realizadas durante esta ação foram divulgadas para a comunidade do projeto aproveitando cada consulta, visita domiciliar, momentos na sala de espera, rádio local, entre outros. A equipe de saúde foi capacitada e treinada, tendo como base o protocolo do Ministério da Saúde para estas doenças. No primeiro mês tivemos alguns inconvenientes e em vários momentos foi preciso desenhar as estratégias, alterar um pouco o ritmo habitual e buscar alternativas para conseguir garantir o atendimento da demanda espontânea crescente neste período por aparição de viroses. Também não poderíamos deixar de acompanhar os grupos prioritários como gestantes, puérperas, crianças, idosos, entre outros. Foi um acolhimento cuidadoso, com profissionalismo por parte da equipe, e mesmo que no início houvesse usuários descontentes, com o tempo alcançamos o entendimento da população sobre a importância desta intervenção, e da organização do serviço através dos agendamentos das consultas.

Ao fim da intervenção cadastramos 100% de portadores de hipertensão e 100% de portadores de diabetes no programa de atenção ao hipertenso e diabético da unidade. Houve grande melhoria nos registros, nos agendamentos programados, atendimentos odontológicos, na qualidade das consultas com correto exame clínico, na estratificação do risco cardiovascular destas pessoas, muitas atividades educativas coletivas realizadas dentro e fora da unidade sendo debatidos temas importantes como alimentação saudável, danos dos hábitos tóxicos como o tabagismo,

importância de realizar atividade física de forma regular, enfim levar estilos de vida saudáveis.

A gestão colaborou em cada momento que foi chamada, ainda assim existem algumas dificuldades relacionadas com o abastecimento de medicamentos, restrição de vagas para a realização de exames complementares e a demora dos encaminhamentos para especialistas. Estes problemas foram encaminhados para a gestão municipal que vem realizando várias tentativas para a solução. Os resultados alcançados com este projeto serão mantidos se depender da equipe, pois todos os profissionais estão comprometidos em melhorar cada vez mais o atendimento à população. O objetivo agora é continuar trabalhando com os hipertensos e diabéticos, continuar atendendo a demanda espontânea e iniciar um processo de melhoria também em outros programas voltados outros públicos prioritários e começar uma nova intervenção, até conseguir melhorar de forma geral a saúde da totalidade da população.

Para a comunidade na realização do projeto foi muito importante de forma educativa, cada dia ganhamos mais em conhecimentos das doenças e orientamos como a população pode contribuir, e assim, ajudando as agentes de saúde a identificar cada fator de risco que influenciam nestas doenças, participando de forma popular nas palestras e atividades oferecidas na UBS ou fora desta, contribuindo na realização de exercícios físicos, que ajudem a combater no sedentarismo, estresse, tendo uma alimentação saudável e balanceada e assistir a consultas de controle planejadas de forma sistemáticas. Agradecemos a participação ativa da comunidade durante as ações de intervenção, solicitamos que haja continuidade da procura pelo atendimento preventivo na UBS.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Após de fazer uma análise geral dos resultados obtidos, a experiência de viver num país com outro idioma, cultura, raízes populares, formas de trabalho e fazer um Projeto/Estudo, e refletindo sobre meu processo pessoal de aprendizagem no desenvolvimento do trabalho no curso em relação a minhas expectativas iniciais e o significado deste para a prática profissional posso iniciar afirmando que tem sido de muito valor na inserção dos diferentes programas que se encontravam debilitados na rotina de nossa Unidade Básica de Saúde, a qual ainda apresentando uma estrutura aparentemente adaptada, apresenta barreiras arquitetônicas que graças ao curso algumas foram identificadas e com a ajuda da gestão solucionadas. O trabalho em equipe foi sendo reforçado, hoje contamos com uma equipe unida, responsável e que trabalha priorizando a promoção e prevenção de saúde sem deixar de atender as doenças agudas e crônicas assim como acompanhar incapacidades de nossa área. De forma geral posso dizer que meus conhecimentos sobre atenção básica, engajamento público e envolvimento dos diferentes níveis de gestão foram enriquecidos nesta etapa, isto favoreceu a melhoria na atenção da população e melhorar indicadores de saúde.

Destacando o acompanhamento por minhas orientadoras e o apoio pedagógico foi de uma grande ajuda desde o início do curso, os que objetivaram conhecimentos de atenção básica proporcionaram que meu idioma/português se reforçar a cada dia. A organização dos diferentes espaços para interagir com os orientadores de forma geral e colegas do curso também serviu como guia e apoio para o desenvolvimento das diferentes atividades programáticas.

Com a participação de minha equipe fui capaz de desenvolver o projeto, intervir sobre um grupo populacional com doenças crônicas que podem levar a aparição de incapacidades, e objetivar melhorar indicadores de saúde, agradeço a este espaço de aprendizagem e a todos os que nele participaram, e mantenho o compromisso de continuar minha dedicação e esforço a atender a população, continuar enriquecendo meus conhecimentos na prática diária, no desenvolvimento e orientação do SUS.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36);

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese das Informações – Caicó – RN. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>, acesso em 02 novembro de 2014.

Rodríguez Peràn JM, Daudinot Montero S, Acosta Cabrera EB. et al. **Influência de factores de riesgos cardiovasculares en el control clínico de la hipertensión arterial**. Rev. Cub. Med Mil 2005; 34(3) po-o ISSN 0138-6552

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B – Planilha de coleta de dados

2014_11_06 Coleta de dados HAS e DM.xls [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel uso não comercial

Arquivo Página Inicial Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Calibri 11 A A

Quebrar Texto Automaticamente

Mesclar e Centralizar

Formatação Condicional Formatar como Tabela Estilos de Célula

Inserir Excluir Formatar

AutoSoma Preencher Limpar

Classificar e Filtrar Localizar e Selecionar Edição

C4 fx

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1							
2	Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
4		1						
5		2						
6		3						
7		4						

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

Pronto

125%

18:11 17/08/2015



Anexo C – Ficha espelho

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Necessita de cuidador? () Sim () Não
 Nome do cuidador _____ Telefones de contato: ____/____/____
 Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Está cadastrado no HIPERDIA? () Sim () Não
 Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

[illegible][illegible]

Anexo D – Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante